



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Programa Profesional de Psicología



“CLIMA SOCIO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL”

Tesis presentada por las Bachilleres:

María Josefina Almanza Palacios.

Claudia Lucía Valverde Nisiama.

**Para obtener el Título Profesional de
Licenciada en Psicología.**

Arequipa – Perú

2013

Resumen

Esta investigación evaluó la correlación de Clima Socio Familiar y Calidad de Vida de adultos y adultos mayores con Discapacidad Visual de la Unión de Ciegos de Arequipa, sus edades oscilan entre 18 y 72 años, de ambos sexos. Se utilizó la Escala de Clima Socio Familiar (Moos), y la Escala de Calidad de Vida (Olson y Barnes), y aplicó de forma personal mediante una entrevista y dando como resultado la aprobación de la hipótesis. Se encontró que a mayor grado de Clima Socio Familiar existe mejor Calidad de Vida, la adultez intermedia es el grupo etario que presenta mejores condiciones en ambas variables, así como el sexo masculino y el grado de Educación de Secundaria Completa.

Palabras clave: clima socio familiar, calidad de vida y discapacidad visual.

Abstract

This investigation evaluated the correlation of Family Socio Climate and Quality of Life of adults and older adults with Visually Impaired in the “Unión de Ciegos de Arequipa”, their ages ranging between 18 and 72 years old, both sexes. We used the Family Socio Climate Scale (Moos), and the Quality of Life Scale (Olson and Barnes), and applied of personal form by an interview and the result approves the hypothesis. It was found that more climate socio family is better the quality of life, middle adulthood is the age group that has better conditions for both variables, as well as male and high school education level.

Keywords: social and family climate, quality of life and visual impairment.

Índice general

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
ÍNDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
INTERROGANTES SECUNDARIAS	7
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	7
<i>CLIMA SOCIOFAMILIAR.</i>	7
<i>CALIDAD DE VIDA.</i>	7
OBJETIVOS	8
<i>OBJETIVO GENERAL.</i>	8
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.</i>	8
ANTECEDENTES TEÓRICO-INVESTIGATIVOS	9
<i>FAMILIA.</i>	9
TIPOS DE FAMILIA	10
TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU ESTRUCTURA	10
TIPOS DE FAMILIA SEGÚN SU DINÁMICA	12
FUNCIONES DE LA FAMILIA.	12
LA PSICOLOGÍA DE LA FAMILIA HOY.	13
<i>CLIMA SOCIO FAMILIAR</i>	14
EL EFECTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES SOBRE EL CLIMA FAMILIAR.	15
LAS EXPRESIONES MANIFIESTAS DE LA FRICCIÓN	15
<i>CALIDAD DE VIDA</i>	17
GÉNESIS HISTÓRICA DEL CONCEPTO 'CALIDAD DE VIDA'	18
UTILIDAD DEL CONCEPTO 'CALIDAD DE VIDA'	23
CALIDAD DE VIDA, CIENCIA Y DESARROLLO	24
CALIDAD DE VIDA Y SALUD	26
CALIDAD DE VIDA Y EDUCACIÓN.	30
CALIDAD DE VIDA LABORAL	31
<i>CLIMA SOCIO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA.</i>	33
<i>DISCAPACIDAD VISUAL.</i>	37
CARACTERÍSTICAS DEL DISCAPACITADO VISUAL	39
CIFRAS DE DISCAPACIDAD VISUAL EN EL MUNDO Y EN EL PERÚ	41
MEDICIÓN DE LA DISCAPACIDAD VISUAL	43
ETIOLOGÍA DE LA DISCAPACIDAD VISUAL.	45
SALUD PSICOLÓGICA EN LA DISCAPACIDAD VISUAL	45
HIPÓTESIS	48
<i>HIPÓTESIS GENERAL</i>	48
<i>HIPÓTESIS SECUNDARIAS.</i>	48
DISEÑO METODOLÓGICO	49

Clima Socio Familiar y Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Visual

TIPO O DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	50
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS (APARATOS U OTROS)	51
LA TÉCNICA.	51
LOS INSTRUMENTOS.	51
ESCALA DE CLIMA FAMILIAR (FES) DE R.H. MOOS, B.S. MOOS & E.J. TRICKEET (1989).	51
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE DAVID OLSON & HOWARD BARNES (1982).	52
ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS)	53
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
DELIMITACIÓN ESPACIO-TEMPORAL.....	54
CRITERIOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	54
RESULTADOS.....	55
RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA.....	58
GRUPO ETARIO, CLIMA SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA.	59
SEXO, CLIMA SOCIOFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA.....	61
DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES	72
SUGERENCIAS	73
UNION DE CIEGOS DE AREQUIPA E INSTITUCIONES A FIN.....	73
PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.....	74
A NIVEL NACIONAL.....	74
REFERENCIAS	75
ANEXOS	80
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	81
ANEXO 2: ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN FAMILIA (FES).	82
ANEXO 3: ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON Y BARNES	84

Índice de tablas

TABLA N° 01: ANÁLISIS DE FIABILIDAD: ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR	56
TABLA N° 02: ANÁLISIS DE FIABILIDAD: ESCALA DE CALIDAD DE VIDA	57
TABLA N° 03: CORRELACIÓN CALIDAD DE VIDA – CLIMA SOCIO FAMILIAR	58
TABLA N° 04: TABLA DE CONTINGENCIA CLIMA SOCIAL FAMILIAR- EDAD	59
TABLA N° 05: TABLA DE CONTINGENCIA CALIDAD DE VIDA- EDAD	60
TABLA N° 06: TABLA DE CONTINGENCIA CLIMA SOCIAL FAMILIAR - SEXO	61
TABLA N° 07: TABLA DE CONTINGENCIA CALIDAD DE VIDA - SEXO	62
TABLA N° 08: TABLA DE CONTINGENCIA SEXO- GRADO DE EDUCACIÓN - TIPO DE CEGUERA.....	63
TABLA N° 09: TABLA DE CONTINGENCIA CLIMA SOCIO FAMILIAR – GRADO DE EDUCACIÓN	65
TABLA N° 10: TABLA DE CONTINGENCIA CALIDAD DE VIDA – GRADO DE EDUCACIÓN	67

Índice de Figuras

FIGURA N° 01: RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA	55
---	----

Introducción

El objetivo final de la ciencia es mejorar la calidad de vida en la humanidad, la ciencia psicológica está comprometida con este empeño. En nuestro contexto hay muchas personas y grupos sociales que ante nuestra acuciosa mirada, viven en desventaja, vista desde cualquier punto de vista. Las personas con discapacidad visual están dentro de estos grupos. Es de interés conocer el clima socio familiar y la calidad de vida, es decir, la dimensión material, espiritual, afectiva, relacional, intelectual y social de las personas con problemas visuales.

La presente investigación permitirá una mejor comprensión de la calidad de vida que se da entre los adultos y adultos mayores que presenten discapacidad visual de la Unión de Ciegos de Arequipa, contribuirá a sensibilizar a la sociedad frente a esta realidad de sufrimiento inmerecido de un grupo de seres humanos que no podemos negar a la misma vez permitirá, indirectamente, mejorar la calidad de vida de las personas investigadas y de su entorno familiar para finalmente ampliar nuestros conocimientos profesionales. El objetivo general de la investigación es identificar el clima socio familiar de personas con discapacidad visual, y saber cómo puede afectar en la calidad de vida de dichas personas.



Marco Teórico

Formulación del Problema

¿Los adultos y adultos mayores con discapacidad visual de la Unión de Ciegos de Arequipa que tengan mejor clima socio familiar presentarán a su vez mejor calidad de vida?

Interrogantes Secundarias

1. ¿En qué grupo etario existe mejor 'Clima socio familiar' y 'Calidad de vida'?
2. ¿Existirá un mejor 'Clima socio familiar' y 'Calidad de vida' en varones o mujeres con discapacidad visual?
3. ¿A mejor Educación existirá mejor clima socio familiar?

Operacionalización de las Variables

Clima Socio Familiar

Es el conjunto de percepciones que los miembros tienen de su ambiente familiar y entre las que figuran distintas dimensiones relacionales (Moos, 1974).

Calidad de Vida

Es la situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales (Schwartzmann).

Objetivos

Objetivo General

Determinar la correlación entre el Clima Socio Familiar y la Calidad de vida de los adultos y adultos mayores con Discapacidad Visual de la Unión de Ciegos de Arequipa.

Objetivos Específicos

1. Determinar el grupo etario en el que existe mejor 'Clima socio familiar' y 'Calidad de vida'.
2. Precisar si es que existe un mejor 'Clima socio familiar' y 'Calidad de vida' en varones o mujeres con discapacidad visual.
3. Determinar el grupo de grado de Educación en el que existe una mejor 'Calidad de vida' de personas con discapacidad visual.

Antecedentes Teórico Investigativos

Familia

Es la institución más antigua y permanente en la historia de la humanidad, es una entidad universal, el concepto básico de la vida social. En cada etapa histórica se le ha designado con diversas características y funciones, por esta razón es mejor hablar de 'familias' con matices sociales, culturales, políticos y económicos. Con todas sus limitaciones, la familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana (Dughi, Macher, Mendoza y Núñez, 1995).

La estructura interna de la familia determina la formación y el grado de madurez de sus miembros, la estructura externa también influye, con esto se refiere a la reformulación del esquema padre-madre-hijos, debido al divorcio, la opción sexual, la adopción (Peña y Padilla, 1997).

Zavala (2001) define a la familia como un grupo de personas unidas por los lazos del matrimonio, la sangre y la adopción; constituyendo una sola unidad doméstica; interactuando y comunicándose entre ellas en sus funciones sociales respectivas funciones, creando y manteniendo una cultura común. Benites (1999) enfatiza en la irremplazable función social de servir como agente socializador que permite proveer condiciones y experiencias vitales que faciliten el óptimo desarrollo bio-psico-social de los hijos.

En la siguiente investigación optamos por la definición de Escardo (1964), dicho autor define a la familia como una entidad basada en la unión biológica (y afectiva) de una pareja que se consuma con los hijos y que constituye el grupo primario en el que cada individuo tiene funciones claramente definidas, comparte sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias, es una unidad activa, flexible y creadora, está inmersa en la sociedad, de la que recibe de continuo, múltiples, rápidas e inexcusables influencias, de aquí resulta que cada sociedad tiene su tipo de familia de acuerdo con sus patrones e intereses culturales.

Tipos de Familia

Usualmente se reconoce diversos tipos de familia, las más aceptadas son de acuerdo a su estructura: nuclear, extensa, reestructurada extensa, monoparental, adoptiva y de hecho; y de acuerdo a su dinámica: súper protectora, autoritaria, democrática, complaciente y anárquica.

Según su estructura. Puede ser:

- a) *Familia primaria nuclear.* Está constituida por el padre la madre y los hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos (Espejel, 1997). Se vive en la misma casa, prevalece lo afectivo, sentimientos de pertenencia y compromiso, y los roles están adecuadamente distribuidos.
- b) *Familia primaria extensa.* Es una familia nuclear que vive con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y allí permanece al formalizar su unión conyugal (Espejel, 1997). Esta familia se compone de papá, mamá, hijos y otros parientes. Este tipo puede favorecer el mutuo apoyo, se establecen lazos afectivos más amplios, sin embargo, no es

la más adecuada para la supervivencia de la familia nuclear (Minuchin, 2011).

- c) *Familia reestructurada extensa.* Está conformada por una pareja donde uno o ambos cónyuges una unión previa con hijos y que viven con la familia de origen de él o de ella (Espejel, 1997).
- d) *Familia monoparental.* Es aquella familia en la que madre o padre sin pareja vive con sus hijos, es decir, son padres solteros que se encargan del cuidado de los hijos, sin la ayuda de una pareja. Esto puede suceder cuando muere uno de los cónyuges, por abandono, divorcio o porque asumieron solos la crianza de los hijos. Generalmente, ante el vacío que deja el miembro ausente, algún miembro asume con responsabilidades superiores a sus capacidades (Minuchin, 2011).
- e) *Familia adoptiva.* Se trata de la familia que protege a un niño por medio del proceso de adopción, en torno al cual se crea una relación estable y duradera, basada en valores y amor (Eguiluz, 2004). Las razones más comunes son: la infertilidad de uno de los cónyuges o la caridad con el huérfano.
- f) *Familia de hecho.* Es la convivencia de los cónyuges sin matrimonio, es decir, sin la formalidad civil o religiosa (Andolfi, 2003). Muchas veces la razón de la falta de formalización está en las limitaciones económicas. No se puede obviar las numerosas pruebas como recurso legal del compromiso asumido.

Cada ser humano y cada familia son distintas, y por ello, tienen sus propias maneras de afrontar sus dificultades y de dar calidad a su convivencia. Es decir, no importa el tipo de familia que posean, importa la manera cómo afrontan la vida cotidiana.

Según su dinámica. Puede ser:

- a) *Familia súper protectora.* La que se caracteriza por la expresión de afecto y continuo control sobre la conducta de los hijos (Gervilla, 2003).
- b) *Familia autoritaria.* Generalmente el hogar está centrado sobre la autoridad del padre que impone costumbres y normas. La autoridad es represiva, los hijos tienen personalidad sumisa, nerviosa y agresiva (Palacios y Andrade, 2006).
- c) *Familia democrática.* La autoridad es compartida entre el padre y la madre. Toda actividad es planificada y organizada. Se propicia la autorrealización personal. Se respetan los derechos de los hijos y de la pareja. Se evita el castigo físico. Es el tipo ideal de organización del hogar (Gervilla, 2003).
- d) *Familia complaciente.* La actitud de los padres es de acuerdo a los estados de ánimo, a veces castigadores y a veces permisivos. No hay criterios uniformes de crianza. La pareja no se comunica positivamente, los hijos tienen problemas de aprendizaje y de conducta. Mayor posibilidad de incidencia en el alcoholismo y la drogadicción (Palacios y Andrade, 2006).
- e) *Familia anárquica.* Se caracteriza por la ausencia de límites, falta de normas y de autoridad (Palacios y Andrade, 2006).

Funciones de la Familia

Cualquiera sea el contexto histórico-social en el que se sitúe a la familia, siempre deberá cumplir cuatro tareas esenciales (Chapela, 1999):

Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas (alimentación y salud) y acompañar la maduración teniendo en cuenta cada fase de desarrollo.

Enmarcar, dirigir y canalizar los impulsos de los hijos para formar una persona integrada, madura y estable.

Enseñar los roles básicos, así como el valor de las funciones sociales (normas, costumbres, valores). Constituirse en el sistema social primario.

Transmitir elementos adaptativas de la cultura: socialización, educación, identidad y lenguaje.

Psicología de la Familia

En la actualidad la familia se halla inmersa en cambios profundos desde su estructura, ya no es el pequeño grupo de convivencia en el que casi todo se resolvía por un buen sentido común y la aplicación práctica de vivencias que eran válidas, se transmitía de generación a generación. Las perspectivas no eran tan complejas como lo son ahora, ni la presión ambiental ejercía el tremendo poder que ahora cumple, ni las aspiraciones de los hijos quedaban tan lejos de las experiencias vividas por los padres. Los condicionantes socioculturales no eran despóticos, ni las circunstancias socioeconómicas imprimían el ritmo de exigencias que ahora nos azota. La familia actual está en crisis, es decir atraviesa situaciones de verdadera prueba porque el contexto social le exige nuevas actitudes, nuevos enfoques, nuevos modos de elaborar las propias experiencias. Así tenemos que los adultos de edad madura son padres de adolescentes. Ellos, además de lidiar con sus propias preocupaciones, tienen que enfrentarse casi a diario con adolescentes que están pasando períodos de cuestionamiento debido a sus cambios físicos, emocionales y sociales. Una tarea importante para los padres es aceptar a sus hijos en maduración como son y no como ellos esperan que sean Papalia, Olds, Feldman (2004).

Clima Socio Familiar

El análisis del contexto es de excepcional importancia en el estudio de la conducta del adolescente, tanto para caracterizar la conducta en sí misma como para captar el valor de significación que tal conducta toma en el grupo social de referencia, es decir la familia. Casullo (2010) propone caracterizar el campo psicológico tomando en cuenta algunos factores tales como objetivos, estímulos, necesidades, relaciones sociales y sobre todo, una característica más general del campo: “la atmósfera facilitativa, tensa u hostil”. La familia es el clima social reducido y de cotidiana interacción, y frecuentemente, lugar de encuentros y desencuentros.

El clima social ha sido estudiado por Moss, Moss y Tricket (1989) en una serie consecutiva y profunda de investigaciones realizadas en diversos campos, con el fin de analizar las modificaciones de conducta que se producen en las personas como resultado de los cambios en algunas dimensiones importantes en el clima social en el cual se desarrollan programas de tratamiento.

Moos (1974) definió el clima social como la personalidad del ambiente en base a las percepciones que los habitantes tienen de un determinado ambiente y entre las que figuran distintas dimensiones relacionales. Así, una determinada clase de un centro escolar puede ser más o menos creativa, afiliativa, orientada a las tareas, etc. Asimismo una familia puede ser más o menos controladora, cohesiva, organizada, etc. El objetivo de Moos y sus colegas ha sido encontrar invariantes de tales atributos a través de diferentes ambientes sociales.

Al evaluar a los sujetos en contextos específicos podemos identificar y caracterizar la gama de relaciones interpersonales percibidas y valoradas por aquello, se puede obtener las características objetivas y vincularlo a otras. El primer trabajo de Moos y equipo fue darse cuenta de la relación que hay entre el clima y la conducta de los miembros. A partir del componente básico hace posible la formación de estructuras más grandes.

El Efecto de las Relaciones Familiares Sobre el Clima Familiar

El clima del hogar –la atmósfera psicológica de la casa familiar- varía notablemente entre una casa y otra. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno, y en otros, sucede lo contrario; hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. Aún dentro de una casa, el clima puede variar de un momento a otro para un individuo determinado. En general, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese período de su vida.

Pocos adolescentes creen que un buen clima hogareño, favorece las relaciones familiares, como consecuencia, la mayoría de ellos se muestra infeliz y se da a la manía de criticar y censurar. Otros integrantes de la familia, que consideran insocial la conducta del adolescente, toman represalias por medio de censuras y comentarios despectivos. Cuando ocurre esto, más y más miembros intervienen en el cuadro de las relaciones deterioradas hasta que la infelicidad alcanza a todos.

Las expresiones manifiestas de la fricción. El efecto de los roles sobre el clima hogareño, dependerá en gran medida de si la fricción se expresa abiertamente y de la clase de expresiones manifiestas, puestas en práctica. Dice Hurlock (2000) que en el pasado, cuando la norma era el control paterno de tipo autoritario, sólo los progenitores y los abuelos solían exteriorizar sus estados de ira y hostilidad. El clima emocional del

hogar aparecía calmo y pacífico, aun cuando pudiesen existir resentimientos ocultos y latentes. Con el advenimiento de una educación más democrática, las hostilidades entre los componentes del núcleo familiar –mayores, menores e intermedios- se expresan sin ocultamientos. Por lo general, el niño se expresa por medio de ataques físicos. De manera gradual, a medida que descubre que padres, compañeros y hermanos no toleran las agresiones físicas, tiende a comentar sus disgustos. Cuanto más democrático es un hogar, tanto más franco es cada uno de sus miembros frente a circunstancias que no son de su agrado.

Los sermones, las críticas y otras expresiones paternas de disgusto proporcionan al adolescente un modelo para la exteriorización de sus propias quejas. Los jóvenes hacen comparaciones desfavorables entre sus padres y los de sus amistades, se quejan de sobreprotecciones, privaciones y otros. La mayor parte de los ataques verbales, que los adolescentes dirigen a sus abuelos y a otros parientes, se hace a espaldas de éstos, en presencia de amigos, padres o hermanos. Los abuelos, por otra parte, acostumbrados a un control más autoritario en el hogar, deploran a menudo el permisivismo que observan en las familias de la actualidad.

El ejemplo de unos es asumido por otros en el ámbito familiar con una franqueza inflexible, sin inhibiciones. En la mayoría de las familias hay abundancia de riñas verbales, de insultos y de comparaciones despectivas entre hermanos.

Calidad de Vida

Se trata de cuán buena es la vida que viven las personas con discapacidad visual a nivel hogar, familiares, amistades, vecindad, economía, educación, ocio, comunicación, religión y salud.

La calidad de vida puede ser entendida como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando principalmente una mayor esperanza de vida, y sobre todo, vivir en mejores condiciones físicas y mentales. Por su parte, Garduño, Salinas y Rojas (2009) la define como una situación social y personal que permite satisfacer las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales.

La calidad de vida es más que la calidad del ambiente tiene que ver con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva; y con la dinámica cultural en general; también hace referencia a una armónica convivencia entre los hombres, donde juega un papel importante la justicia social, considerando las oportunidades que en una sociedad se brinda a sus miembros.

Génesis Histórica del Concepto Calidad de Vida

El tema de la Calidad de Vida, o de la ‘buena vida’, está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles). La instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge acelerado desde la década de los 90. Actualmente hay abundante publicación de revistas y libros médicos al respecto (Schwartzmann, 2003). Blanco (2009) respecto a la definición de Calidad de Vida, recalca algunos matices importantes:

El término ‘vida’ se refiere única y exclusivamente a la vida humana en su versión no tanto individual como comunitaria y social. Interesa fundamentalmente la calidad de vida de amplios agregados sociales.

Asimismo, el término ‘vida’ quiere hacer referencia a una forma de existencia superior a la meramente física que incluiría el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico ambiental, los riesgos en que se encuentra sometida su salud física y psíquica, etc.

Se puede asimilar ‘vida’ a ‘actividad’, la forma más específicamente humana de relacionarse con el mundo. De esta manera, la calidad de vida será en muchos casos, sinónimo de la calidad de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, condiciones objetivas y subjetivas, cuantitativas y cualitativas.

El sustantivo ‘calidad’ hace referencia a la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa o, si se prefiere, a aquellas propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Parece que el 'quid' de la calidad de vida es la comparación de los atributos o características de una cosa con las que poseen otras de nuestro entorno. Lo más arduo y complejo al aproximarnos al concepto de calidad de vida se presenta a la hora de indagar los criterios de comparación del individuo. Se llega a la conclusión de que la calidad de vida es fruto de la percepción individual y subjetiva de unas condiciones de vida objetiva, donde dicha evaluación se lleva a cabo en base a criterios personales como nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, valores personales, etc.

De acuerdo con lo argumentado, la calidad de vida se relaciona con el nivel de satisfacción que a uno le proporcionan las condiciones de vida cuando las compara con la situación en que se desenvuelve la vida de otras personas. De esta manera, la primera significación de calidad de vida es el resultado de la percepción y evaluación subjetiva que uno haga de las condiciones objetivas en que se desenvuelve su existencia. La calidad de vida, como han escrito Garduño y cols. (2009) no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo. Significa analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran (la sociedad) tienen de su existencia en dicha sociedad.

Esta concepción de calidad de vida donde se da la primacía de la percepción, valoración personal y sesgo psicológico, fue ampliamente aceptado, pero no es la única manera de enfrentarse al fenómeno de la calidad de vida debido a que está sujeto a múltiples interpretaciones, tan mutables y manipulables.

Asevera el mismo Blanco (2009), que posteriormente, la tradición social europea propuso la alternativa de concebir la calidad de vida, no con cargo a grado de satisfacción subjetiva, sino en términos de los recursos de que dispone el individuo para poder controlar y dirigir conscientemente su propia vida. La calidad de vida tendría que ver fundamentalmente con: disponibilidad de recursos en el ámbito de las necesidades básicas (alimento, vivienda y vestido, educación, sanidad y cultura), previsión por parte del estado de un amplio abanico de servicios públicos, medidas arbitradas por la sociedad (medidas de estricta justicia social y distributiva) para hacer frente a sus problemas sociales. En síntesis, se puede decir que sólo a partir de la disponibilidad de recursos para cubrir decorosamente las necesidades básicas es posible comenzar a hablar de calidad de vida, que por mucho que algunas técnicas de medición indiquen lo contrario.

Fernández (2010) recopila conceptos manejados por varios autores. Manifiesta que es un concepto multidimensional, construido socialmente, que incluye un número de factores relacionados, y que puede variar de acuerdo a las etapas y circunstancias de la vida. Sin embargo, el término es usado de modo inconsistente y a veces es intercambiado en la literatura. El modelo de Schalock (2000), uno de los más citados, integra ocho dimensiones e indicadores centrales relacionados con la calidad de vida:

Bienestar emocional (seguridad, felicidad, libertad de estrés);

Relaciones interpersonales (intimidad, interacciones familiares, amistad, soporte social);

Bienestar material (seguridad financiera, alimentación, posesiones, empleo);

Desarrollo personal (educación, habilidades, competencia personal, actividades útiles);

Bienestar físico (salud, nutrición, ocio, actividades de la vida diaria);

Autodeterminación (autonomía, toma de decisiones, participación personal);

Inclusión social (aceptación, integración y participación en la comunidad) y;

Derechos (privacidad, acceso, obligación procesal, responsabilidad civil).

Turnbull (2004) presenta un marco conceptual más reciente acerca de la calidad de vida familiar, incluyendo diez dimensiones: vida familiar diaria, interacción familiar, bienestar financiero, paternidad, defensa, salud, productividad, bienestar emocional, ambiente físico y bienestar social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) define a la calidad de vida como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el cual ellos viven con relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses, incluyendo lo que la persona es capaz de hacer, los recursos con los que cuenta para lograr sus intereses, la sensación de bienestar y la satisfacción de sus necesidades, en función del medio ambiente al cual pertenece (González-Celis, 2005) como son la familia, la escuela, el trabajo, la relación de pareja, etc., y que representan factores importantes para el funcionamiento humano.

La calidad de vida ha sido estudiada tanto en los contextos internacionales como nacionales, así, se tiene información de la revista Perú Económico (2012) que publicó un ranking de calidad de vida en las diversas ciudades del Perú, sin mencionar con claridad los indicadores de la investigación. En primer lugar ubica a la Ciudad de Lima con un 80.9% de logros en calidad de vida, en segundo lugar Arequipa con 77.25% de

logros, tercero Trujillo con 72.45% de logros, cuarto Ilo con 66% de logros, en quinto lugar Chiclayo con 65.65% de logros, sexto Tacna con 64.65% de logros, séptimo Cusco con 62.75% de logros estos resultados contrastan con lo publicado dos años antes por un organismo internacional.

La revista Dinero en Imagen (2012) publica la lista de ciudades del mundo con mejor calidad de vida. Se presenta en orden descendente desde el primer puesto: Viena, en Austria; Zúrich y Auckland, en Suiza; Múnich, en Alemania, y Vancouver, en Canadá.

Según la revista International Living (2010) que publica el ranking anual de calidad de vida, el Perú se encontraba en el puesto 77 de 194 países analizados. Este resultado se tuvo considerando una serie de criterios cualitativos: coste de la vida, cultura y entretenimiento, economía, medio ambiente, índice de libertad, salud, infraestructura, seguridad y clima. Los datos se obtuvieron teniendo en cuenta la información gubernamental, organismos internacionales y publicaciones especializadas.

En la presente investigación optamos por la definición de Schwartzmann (2003), ve que Calidad de Vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Utilidad del Concepto de Calidad de Vida

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality Revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo marca las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, como la educación, la salud, el trabajo en general, que se

verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

Calidad de Vida, Ciencia y Desarrollo

En una mirada detenida hacia el campo de la investigación, encontramos a Schwartzmann (2003) quien evalúa los avances respecto al tema y saca a la luz la debilidad de haberse tornado insuficientes medidas a favor de las expectativas de vida, destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria.

Gómez y Sabeh (s/f) realizaron una investigación teórico-práctica acerca de la evolución del concepto de “calidad de vida”. Menciona que el concepto y la idea de evaluación sistemática y científica son relativamente recientes. La idea comienza a popularizarse desde los años 50 en el debate político, pero en el ámbito científico en los años 60. Hoy se aplica a diversos campos como la salud, la psicología, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. Aborda el tema de la utilidad del discurso sobre este tema, líneas de investigación y perspectivas de futuro.

Maldonado (2004) realizó una investigación que lleva por título “¿Es posible hablar de evolución o de progreso de la calidad de vida? sugiere que los conceptos de dignidad y calidad de vida, así como los temas que contienen e implican, deben ser pensados en paralelo, es decir, se deben pensar, hablar y tematizar simultáneamente, a fin de que posean una mayor significación, pero esta tarea conlleva serias dificultades y retos.

Este autor deja ver claramente como la ciencia está al servicio del hombre como una herramienta disponible para mejorar su calidad de vida. En realidad, nuestros tiempos están marcados por los cambios producidos en todas las manifestaciones humanas. La ciencia, de la mano con la tecnología aportan múltiples soluciones a los diferentes niveles de producción, comercialización, tratamiento de enfermedades, canales de comunicación es decir, se tiene múltiples aportes teóricos y prácticos que favorecen a todos los ámbitos de la vida social, hasta el punto que la evolución de la ciencia fuera mitificada por algunos, e instrumentalizada por otros.

Dice Sabino (s/f) no hay necesidad, no hay deseo, capricho o actividad humana, que no haya sido afectado tremendamente en los últimos cien años por los avances de la tecnología y de la ciencia, por los productos de centenares de empresas que nos brindan la posibilidad de vivir nuestra vida de un modo diferente al que lo hacían nuestros antecesores. Los cambios se han ido acumulando de una manera rápida e imperceptible en un proceso continuo en que la demanda de los consumidores, la competencia entre las empresas y la investigación tecnológica se han retroalimentado de un modo positivo y a veces hasta imprevisto. La mayoría de las grandes invenciones que han revolucionado nuestra vida son el producto de la acumulación de otros inventos anteriores que, combinados adecuadamente, han resultado en productos innovadores.

Los adelantos en productos higiénicos, cosméticos, belleza y salud se expandieron gracias a la tecnología que hizo posible la producción masiva y relativamente barata. En el ámbito de la comunicación aparecieron la comunicación digital (internet) y los celulares que ofrecen muchos servicios, y que en la actualidad no sólo por motivos laborales sino por urgencias comunes, es casi obligatorio tenerlos. Inseparable a la

comunicación está el transporte, que permite el encuentro físico y el comercio que se vieron favorecidos por la reducción de los aranceles.

Los productos del desarrollo, como los deseos humanos, son de una increíble variedad y profusión. Las líneas de montaje y la estandarización de piezas en el fondo, las llamadas economías de escala, sólo permitían muy escasas alternativas al consumidor. Hoy, la industria intenta satisfacer al consumidor que aspira a ser atendido del modo más personalizado posible, porque cada marca elabora decenas de colores, tamaños, aromas, sabores, etc para acercarse a las preferencias de los consumidores.

Toda esta dilatada diversidad se produce por una razón económica básica: la empresa moderna, grande o pequeña, está obligada a servir al consumidor, ofreciendo muchas formas de adquisición de los productos, formas de pago, formas de entrega, formas de comunicación con el cliente, costos razonables, etc. Esta es la lógica de los mercados libres y competitivos, donde el consumidor es soberano.

Calidad de Vida y Salud

Tradicionalmente la salud se conceptualizó como la ausencia de enfermedad. De hecho desde el modelo biomédico se entendía la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales, como por ejemplo, accidentes e infecciones (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990). La inclusión de una nueva definición de salud en el preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud supuso un giro en la conceptualización de la misma: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad”. Esta conceptualización positiva de salud nos ha llevado a abordarla como un concepto multidimensional, biopsicosocial e interaccionista (Oblitas, 2000).

Una cuestión relacionada con lo anterior es lo que los estudios epidemiológicos recientes parecen indicar respecto a los factores psicológicos, es decir, que éstos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento han demostrado ser de especial relevancia en este sentido (Oblitas y Becoña, 2000). Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar la dimensión psicológica, y viceversa.

Entre estos factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales y sus diferentes formas clínicas, tales como los denominados trastornos emocionales o psíquicos: el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo. Por ejemplo, en períodos de estrés en los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y, cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas 2004).

Por otro lado, en la actualidad existe consenso acerca de que determinadas características de personalidad pueden incrementar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas. Pero parece ser que esto es así porque incrementan la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones, la búsqueda de riesgos, etc.) y/o sufra de estados emocionales negativos que afectan el funcionamiento del sistema inmunológico, el sistema endocrino-metabólico y en general, de todas las funciones fisiológicas (Schwartzmann, 2003).

El sentido común nos hace comprender que las emociones positivas, como la alegría, potencian la salud; mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla. Además, estos estados y necesidades emocionales concretos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud, como por ejemplo, el malestar emocional no ayuda a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985).

La Asociación Psicológica Americana (APA, 2000) expone las maneras cómo el malestar psicológico agrava aún más el inconveniente del malestar físico:

Alterando el curso de una enfermedad (lo cual puede ser inferido por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica general).

Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general.

Constituyendo un factor de riesgo, adicional para la salud del individuo.

Precipitando o exacerbando los síntomas de una condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Por otro lado, hay mucho que hacer a favor de la vida. Schwartzmann (2003), encuentra que la vida actual, caracterizada por un aumento de la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multi empleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes y de ansiedad a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida, quizá también se tenga que afirmar lo mismo acerca del clima socio familiar tan quebrantado hoy.

El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) estima para el 2020 que el estrés sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a los niveles elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud y otros elementos, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades y qué concepto de salud tenemos.

Entramos en el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en

el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones.

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación ‘equipo de salud – paciente’ ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que la caracterizaba como soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

Calidad de Vida y Educación

En el terreno de la Educación la investigación es aún escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su Calidad de Vida. No obstante, los cambios transcendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que atañe a los alumnos con necesidades educativas especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida. En este sentido, comienzan a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela poniendo especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno, comienzan a tener cabida en el currículum nuevas áreas con un carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida, la tecnología de la rehabilitación pasa a formar parte

del continuo de apoyos y servicios de que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad y, desde el servicio educativo se adopta un enfoque de mejora de la calidad en el que la satisfacción del usuario, en este caso, el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia (Gómez y Sabeh, 2011).

En este empeño de calidad de vida posibilitador al ámbito de la educación, también se ha generado instrumentos de evaluación titulado “Evaluación de la Calidad de Vida de alumnos con discapacidad” de Verdugo y Gómez (2005) para una población de estudiantes de nivel secundaria.

La calidad de vida, como se ha visto, es un índice que crece o disminuye por efecto de muchos factores, estos pueden ser internos y externos, subjetivos y objetivos. Según la teoría investigada, en el ámbito de la educación universitaria, puede haber factores internos y externos que lo viabilicen o perjudiquen.

Calidad de Vida Laboral

Respecto a la calidad de vida laboral, hay muchas investigaciones, eh aquí algunas definiciones: Walton (1983), concibe la calidad de vida laboral como un proceso para humanizar el lugar del trabajo; Hoffenberg y Dyer (1975), entienden por calidad de vida laboral las contribuciones que las organizaciones hacen o pueden hacer para atender las necesidades económicas y psicosociales de aquellos individuos activamente implicados en la consecución de los objetivos organizacionales, consideran la calidad de vida como el compromiso de toda organización por mejorar el trabajo; es la creación de un entorno de trabajo y puestos con mayor implicación, satisfacción y eficacia en las personas a todos los niveles de la organización, conciben como la oportunidad para todos los

empleados, a todos los niveles de la organización, de influir eficazmente sobre su propio ambiente de trabajo a través de la participación en las decisiones que afectan al mismo, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción en el trabajo.

La calidad de vida hace referencia a un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores. Todos inciden en la mejora de las condiciones de trabajo y la participación en la toma de decisiones.

Fernández (1990) lo define como la gestión dinámica y contingencial de los factores físicos, tecnológicos y socio psicológicos que afectan la cultura y renuevan el clima organizacional, reflejado en el bienestar del trabajador y la productividad de las empresas. En otra parte lo definen como el grado en que la actividad laboral que llevan a cabo las personas está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir a su más completo desarrollo como ser humano. Por último, Walton (1983) como una relación económica, social y psicológica entre la organización y sus empleados, representa las características del trabajo y del ambiente de trabajo en la organización, el impacto en el bienestar de los empleados, miembros de la organización y miembros de la sociedad.

Da Silva (2006), identifica categorías clásicas y actuales, similitudes y diferencias en perspectiva de la calidad de vida laboral entre investigadores y trabajadores. Se confirma que el concepto de calidad de vida laboral evoluciona en el tiempo según los contextos laborales y los cambios de la tecnología.

Además, corrobora la influencia predictiva de la percepción de calidad de vida laboral sobre el desempeño, evidenciando que ésta añade ventajas para los trabajadores y la organización.

Calidad de Vida y Clima Socio Familiar

Cada persona con discapacidad es diferente por sus propias características así como por su entorno y la interacción que establece con él. El papel del ambiente que rodea a la persona con discapacidad, ya sea niño o adulto, influye directamente y con la misma importancia que las características individuales de la persona en la construcción social que se hace de la discapacidad. En ese ambiente, es la familia el lugar primero, principal, y más permanente de apoyo para el individuo, y de cuya actuación va a depender sin lugar a dudas muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona.

Las familias que tienen un miembro con discapacidad se ven involucradas en desempeñar un mayor número de tareas y roles personales que las familias cuyos miembros no presentan esas características. En la investigación y aproximación al estudio de las familias con discapacidad muchas veces se ha orientado el análisis subrayando el estrés que padecen las familias con miembros con discapacidades.

El estrés familiar mantiene una estrecha relación con el grado de bienestar e integridad de la familia, así como con la salud física y mental de cada uno de sus miembros. Existe un amplio acuerdo sobre el alto nivel de estrés al que están sometidas las familias con algún miembro que tenga discapacidad, que está motivado por distintos acontecimientos que rodean a la situación de la persona discapacitada: enfrentarse al diagnóstico, a su cuidado diario, a los contactos con el sistema de servicios sociales, con el dolor crónico

e intenso, con el aislamiento, los cuidados agregados que el niño o adulto necesita, los trastornos del sueño, o los problemas de comportamiento.

La adaptación o la falta de ajuste familiar no dependen exclusivamente de la presencia o ausencia de estrés, sino que es la interacción entre el suceso estresante, los recursos de la familia y la estimación de la seriedad del suceso, lo que determina el grado en que la familia será vulnerable al estrés y a las crisis.

La mayor parte de las familias en cuyo seno vive un miembro con discapacidad no presentan problemas graves de adaptación o estrés. Por tanto, podría hablarse de la existencia de una serie de aspectos de la persona y su discapacidad (gravedad del déficit, extensión, duración, comorbilidad), y de la situación y contexto en que se dan (interacción padres-hijo, apoyo social, recursos familiares, económicos, percepción positiva de la situación, y sobre todo la calidad de vida) que pueden influir para agravar o para aliviar el potencial estrés en el que la familia se puede encontrar inmersa.

El que no sea lo más frecuente las situaciones de estrés no implica que las familias con algún miembro con discapacidad no tengan necesidades de apoyo. Al contrario, un miembro con discapacidad implica muchas más necesidades de apoyo personal y social que un miembro sin discapacidad, pues debe superar muchas más situaciones difíciles. Además, a mayor discapacidad, en extensión, gravedad o duración, las necesidades de apoyo se multiplican. Por eso tiene sentido preocuparse de y hablar sobre la calidad de vida de las familias junto a la calidad de vida de los miembros con discapacidad desde una perspectiva profesional y de las organizaciones conviene ubicar los objetivos de trabajo en el ámbito familiar con una perspectiva centrada en la calidad de vida de la familia, que es mucho más amplia y eficaz que una visión estrictamente psicopatológica y de intervención terapéutica. Este planteamiento debe hacerse tanto en la evaluación de la situación y necesidades de la familia como para establecer objetivos de intervención y

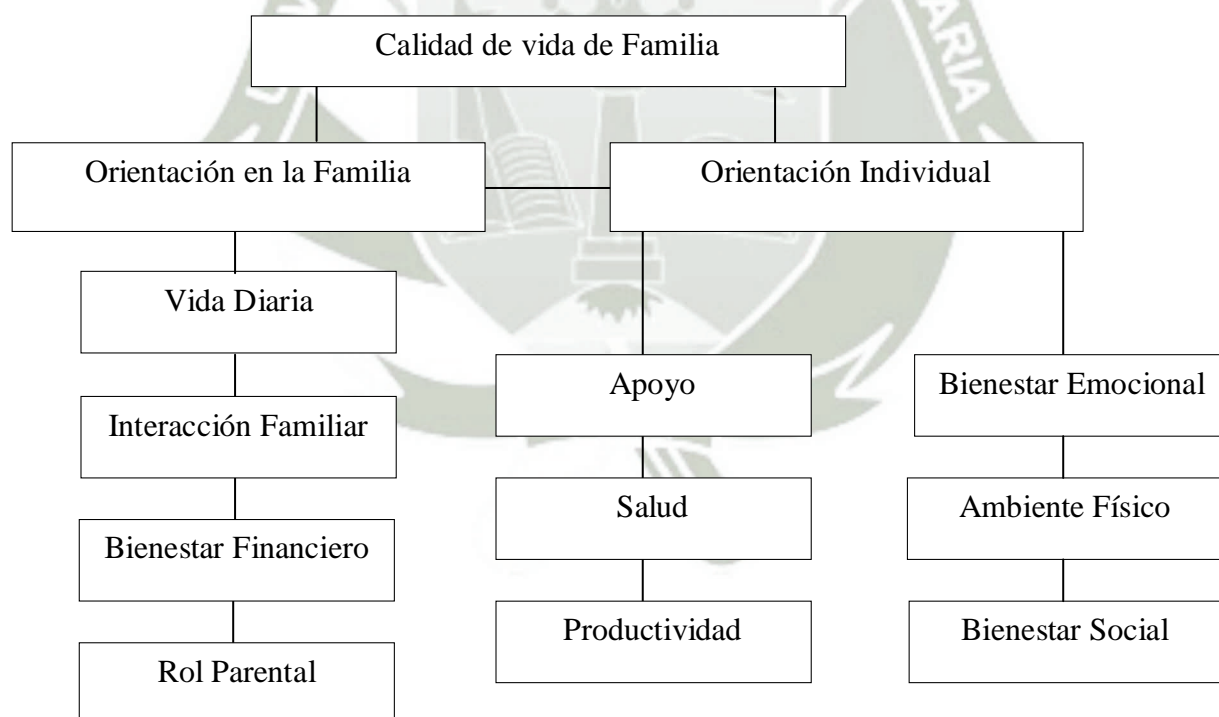
prioridades de la misma. La participación activa de la familia en todas las fases del proceso de atención a la persona con discapacidad es fundamental, lo que no debe obviar el estudio de las necesidades de apoyo de la propia familia.

La calidad de vida en el ámbito familiar se puede entender desde el impacto que causa la discapacidad en la calidad de vida de la familia, o desde el impacto de la discapacidad en el individuo y el rol a desempeñar por la familia. En el primer caso, corresponde examinar las transformaciones que ocurren en el seno familiar y generar servicios de apoyo a la familia en las diferentes fases de evolución del individuo con discapacidad, siendo el objeto de atención la propia la familia. En el segundo caso, el usuario de los servicios es la persona con discapacidad, y el rol de la familia es la colaboración estrecha con los profesionales.

El estudio de la calidad de vida en las familias todavía cuenta con escasa investigación, pero se puede apreciar que los antecedentes investigativos encontrados sobre calidad de vida en personas con discapacidad presentan muchas interrelaciones con los referidos a la familia. Además, parece que los valores sociales, imágenes y estereotipos se extienden más allá de las personas con discapacidades hacia sus familias. Sin embargo, las familias aportan una gran dosis de fuerza, flexibilidad y creatividad en los procesos de adaptación y colaboración para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad visual.

“El concepto de calidad de vida nos da un sentido de referencia y guía desde la perspectiva familiar, un principio primordial para mejorar el bienestar personal de las personas y colaborar por el cambio a nivel social, y tener un lenguaje común y marco de referencia sistemático que guíe nuestros esfuerzos actuales y futuros” (Schalock y Verdugo, 2002/2003: 180).

Park, Turnbull y Turnbull (2002), precisaron que una familia experimenta calidad de vida cuando sus miembros tienen sus necesidades cubiertas, disfrutan de su vida juntos y cuentan con oportunidades para perseguir y alcanzar metas que son trascendentales para ellos. Al mismo tiempo, en un intento por lograr una mejor comprensión y mayor aproximación a la medición de la calidad de vida de las familias, identificaron tres componentes del constructo calidad de vida familiar: los dominios, los subdominios y los indicadores. Los dominios son áreas centrales de la calidad de vida de la familia; los subdominios son las categorías temáticas dentro de cada dominio y los indicadores, son los enunciados que operacionalizan los subdominios. Con relación a los dominios, conformaron dos categorías: dominios orientados a la familia y dominios de orientación individual.



Fuente: *Diez dominios de la calidad de vida de la familia. De “Family Quality of Life: A Qualitative Inquiry” por Poston y cols. 2003. Mental Retardation, 41, p. 321.*

Discapacidad Visual

La Organización Mundial de la Salud (2001) define a la discapacidad como toda ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

La discapacidad es una realidad humana que ha sido y es vista de manera diferente en diferentes periodos históricos y por diversas civilizaciones. La visión que se le ha dado está relacionada con una condición o función que se considera deteriorada con relación del entorno general de un individuo o de su grupo. El término de discapacidad se asocia generalmente al funcionamiento individual, incluyendo la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognitiva y otros tipos de enfermedades crónicas, siendo la ausencia de visión dentro de estas clasificaciones parte de un modelo médico de discapacidad.

Tiene discapacidad “una persona impedida o entorpecida en alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas” (Diccionario de la Real Academia Española, DRAE, 2001). Esta discapacidad puede aparecer durante la vida de las personas o desde su nacimiento, lo cual cambiaría de manera obligatoria su percepción sobre el entorno al que ya pertenece y el individuo tendría que replantear su manera de actuar sobre las cosas cotidianas que realiza. Es una situación que afecta sobre todo intelectual, económica y psicológicamente. Esta afección requiere una atención cuidadosa de todos los organismos, pero sobre todo del estado.

La discapacidad visual se define con base en la agudeza visual y el campo visual. Se habla de discapacidad visual cuando existe una disminución significativa de la agudeza visual aun con el uso de lentes, o bien, una disminución significativa del campo visual.

La discapacidad visual puede originarse por un inadecuado desarrollo de los órganos visuales o por padecimientos o accidentes que afecten los ojos, las vías visuales o el cerebro. El inadecuado desarrollo en la gestación da como resultado esta discapacidad, así mismo podemos agregar aquella discapacidad que se gesta a partir de una enfermedad que provoca esa disminución de la visión, como son: Cataratas, Glaucoma, Diabetes, Tracoma y Ausencia de Vitamina A.

La dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad secundaria relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales y las barreras presentes en el contexto en que desenvuelve la persona.

Respecto de las barreras, estas son de diverso tipo, entre las más frecuentes se pueden señalar:

Ausencia de señales auditivas que reemplacen la información visual, por ejemplo, si los semáforos no cuentan con señales auditivas, la persona cuyo remanente visual no le permita discriminar las luces, presentará mayores dificultades para cruzar las calles, situación que la hará más dependiente.

Ausencia de literatura en Braille o audio en las bibliotecas públicas, por ejemplo, si una persona que presente ceguera o baja visión asiste a una biblioteca en busca de información, entretenimiento o cultura y no encuentra textos adaptados en dicho lugar, verá disminuidas sus posibilidades de integración y crecimiento personal.

Ausencia de sistemas de escritura alternativos, por ejemplo, si los textos escolares no se encuentran adaptados al sistema Braille niñas y niños que presentan ceguera no tendrán acceso a los aprendizajes en igualdad de condiciones, dificultándose a su vez su participación en clases e interacción con sus compañeros y compañeras.

Como se aprecia en esta definición, la discapacidad visual, no depende únicamente de las características físicas o biológicas del niño o niña, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de esta dificultad con un contexto ambiental desfavorable.

Características del Discapacitado Visual

Las personas con discapacidad visual llegan a desarrollar una gran parte de su memoria, porque constantemente hacen uso de ella para tener referencias y conocimiento de personas, lugares o situaciones.

Dificultades de adaptación personal (sentimientos de inseguridad, inferioridad) y socialmente aislamiento, entre otras cosas, dependiendo tales escollos del trato que reciban del entorno social (hogar, escuela, universidad, comunidad, etc.).

Alrededor del 80% de la información recibida del entorno se adquiere por vía visual; teniendo en cuenta esto es posible tener una idea de la cantidad de información que deja de recibirse cuando no se dispone de ese sentido funcionando de manera correcta.

La información que nos aporte cualquier otro sentido (olfato, gusto, oído, tacto) es siempre más restringida. El ojo proporciona al cerebro sensaciones que le permiten interpretar todo lo que ve, tales así como: color, tamaño, distancia y además seguir el movimiento de personas, animales, entre otras cosas mientras el cuerpo permanece

estático. La percepción visual es lo que permite interpretar lo que se ve con ayuda del cerebro, a través del sentido de la vista.

Los sentidos en el discapacitado visual son iguales a los del individuo que no la padece. Es la práctica diaria y la necesidad lo que obliga al discapacitado visual a sacar más provecho de aquellos sentidos que la persona que si pueden ver apenas utilizan. Por el hecho de ser ciego no se tiene mayor sensibilidad táctil, auditiva, olfativa o gustativa.

Los umbrales de percepción táctil, auditiva y olfativa son semejantes para los discapacitados visuales y para los que no lo son, lo cual significa que la sensibilidad de estos sistemas sensoriales no aumenta para compensar la ausencia de visión. Si mejora en las personas que padecen alguna deficiencia visual la capacidad para buscar, recoger y guardar esa información en la memoria.

Pichiling y Rivera (2002) encontraron que hay mayor inestabilidad emocional en personas de ceguera adquirida parcial que en las de ceguera total.

Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades, la función visual se subdivide en cuatro niveles: visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera. La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión »; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Cifras de Discapacidad Visual en el Mundo y en el Perú

La discapacidad visual y la ceguera ocupan el primero o segundo tipo de discapacidad humana con mayor prevalencia mundial. El reporte de la Organización Mundial de la salud (2010) informa que cerca del 10% de la población mundial posee una discapacidad (aproximadamente 650 millones de personas); de esta cifra, la discapacidad visual y la ceguera suman más o menos 314 millones de personas (48% del global de discapacidad). Por tanto, el 4% de la población mundial tiene discapacidad visual o ceguera, y la discapacidad visual representa alrededor del 85% de los casos. La razón entre personas invidentes y personas con discapacidad visual oscila entre 4 y 6 (por una persona invidente hay, al menos, de 4 a 6 con discapacidad visual).

La Organización Mundial de la Salud (2012), en su página web informa que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo. El 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.

En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera. El número de personas con discapacidades visuales atribuibles a enfermedades infecciosas ha disminuido considerablemente en los últimos 20 años. Las principales causas de discapacidad visual son: por errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos el 43%; debido a cataratas el 33%; y por glaucoma el 2%.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), reporta que en América Latina y el Caribe por cada millón de habitantes hay 5 000 personas invidentes y 20 000 personas con discapacidad visual. En cifras totales mundiales, hay alrededor de 269 millones con discapacidad visual y 45 millones de invidentes. Uno de los aspectos que despiertan mayor interés y movilización en el sector salud, es la carga de discapacidad visual producida por ametropías. La OMS menciona que cerca de 145 millones de personas padecen ametropías, las cuales pueden ser corregidas por medio de dispositivos ópticos e intervenciones quirúrgicas.

La ceguera parece ser más frecuente en el género femenino, puesto que los reportes señalan que cerca del 60% de la población invidente está conformado por mujeres. El 87% de las personas con discapacidad visual habitan países en desarrollo.

En el Perú, el diario El Comercio (2009), publicó que el 8,4% de la población peruana presenta algún tipo de discapacidad según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En Lima la cifra alcanza el 11,7%. El 4,5% tiene discapacidad visual; 2,7% motora; 2,2% auditiva y 0,7% de comunicación, debe tenerse en cuenta que una misma persona puede tener dos o tres.

En el Perú hay más de tres millones de personas con discapacidad. El 56% se encuentra en edad de trabajar, pero solo el 6,3% tiene un empleo adecuado. Unas 300 mil personas padecen de severa discapacidad visual y 160 mil son ciegas por diversas causas, de las cuales solo un tercio cuenta con algún tipo de seguro y el resto con problemas de accesibilidad a los servicios de salud, agravados por su situación de pobreza, señaló la Dra. Amelia Cerrate Ángeles del Comité de Oftalmología del Colegio Médico del Perú en octubre del 2012.

Medición de la Discapacidad Visual

En el siguiente cuadro se presenta cifras para determinar el grado de discapacidad visual:

Categoría	Agudeza Visual (AV) Lejana	
	Categoría AV menor a...	Categoría AV igual o mayor a...
0: discapacidad visual leve o sin discapacidad	No aplica	6/18 3/10 (0.3) 20/60
1: discapacidad visual moderada	6/18 (metros) 3/10(0.3) 20/60 (pies)	6/60 (metros) 1/10 (0.1) 20/200 (pies)
2: discapacidad visual severa	6/60 (metros) 1/10 (0.1) 20/200 (pies)	3/60 (metros) 1/20 20/400 (pies)
3: ceguera	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60 (cuenta dedos a 1 metro) 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
4: ceguera	1/60 (cuenta dedos a 1 metro) 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percepción de luz
5: ceguera	No percepción de luz	
6:ceguera	Indeterminado o no especificado	

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Para poder entender este concepto es necesario saber que la agudeza normal es de 10/10 mientras que los límites del campo visual son 90° en la parte externa o temporal, 60° en la interna o nasal, 50° en la parte superior y 70° en la inferior.

A las personas con baja visión las caracteriza las limitaciones en su visión de distancia, pero que pueden ver objetos a pocos centímetros. La mayoría de estas personas podrán utilizar su visión para muchas actividades, algunos pocos para leer y otros deberán complementar su aprendizaje visual con el táctil y bajo ningún concepto se los debe llamar ciegos.

Cuando se habla de discapacidad visual puede tratarse de ceguera o de baja visión. Cualquier discapacidad sensorial, física o psíquica rompe el desenvolvimiento natural y obliga al individuo y a su entorno realizar un esfuerzo de adaptación y a reemplazar, con recursos alternativos, las carencias que se presenten; pero este esfuerzo suplementario no siempre resulta viable. En parte, por razones debidas al propio déficit y en parte por la situación de desinformación y de crisis emocional en que suelen encontrarse los individuos que padecen de algún tipo de discapacidad.

El concepto ceguera se refiere a la ausencia total de percepción visual o percibir luz sin lograr definir qué es o de dónde proviene. Los oftalmólogos la comprueban extendiendo su mano frente al paciente y preguntándole cuántos dedos muestra; si no logra responder acertadamente, se clasifica como “ciego”.

El concepto de “ciego legal” se refiere a quien tiene una agudeza visual menor a 20/200, esto quiere decir que el paciente ve a 20 metros lo que una persona normal ve a 200. Sin embargo, funcionalmente hablando, un ciego legal es una persona con ‘baja visión’, o sea, tiene discapacidad visual, pero no es ciego y puede realizar muchas tareas visuales.

Con fines educativos, la baja visión se extiende hasta una agudeza visual de 6/18 (20/60 ó 0.3, según la escala que se utilice) en el mejor ojo y siempre y cuando esté utilizando las ayudas ópticas que requiere (Cabrera, 2011).

La ceguera parcial: Implica existencia de un resto visual que permite la orientación a la luz y percepción de masas, por lo que facilita el desplazamiento pero no es útil para realizar actividades escolares o profesionales (Checa, Díaz y Pallero, 2004).

La baja visión: Grado de visión parcial que permite su utilización como canal primario para aprender y lograr información. La deficiencia visual se refiere a la limitación visual por cualquier razón que afecte al órgano de la visión.

Etiología de la Discapacidad Visual

La iniciativa mundial Visión 2020 prioriza la catarata, ametropías, tracoma, ceguera infantil, oncocercosis, glaucoma, retinopatía diabética y degeneración macular asociada con la edad, como fuentes de discapacidad visual y ceguera (WHO).

Salud Psicológica en la Discapacidad Visual.

El desarrollo de la persona ciega o discapacitada visual depende de su entorno familiar, educativo, el trabajo, el nivel de Educación de los padres y de las connotaciones que la discapacidad visual tenga en el ámbito cultural en que vive (Raya, 2009). Hay que destacar que el daño, total o parcial, en el sistema visual de recogida de la información hace que los niños ciegos y discapacitados visuales tengan que utilizar los restantes sistemas sensoriales para conocer el mundo que les rodea.

Para entender la conexión entre discapacidad y sus consecuencias psicológicas, es importante realizar una valoración entre dicha discapacidad y el denominado 'proceso compensatorio'. El proceso compensatorio sostiene que no debe verse simplemente como un proceso de desarrollo donde una función física reemplaza a otra. El proceso compensatorio debe verse como una compleja interacción de todas las funciones físicas y psicológicas del individuo que padece la discapacidad (OPS, 2010).

La personalidad de uno con discapacidad se crea cuando entra en interacción con su entorno, así como con las dificultades que allí encuentra. Esto quiere decir que el tipo de personalidad se construye en los caminos que toman los procesos compensatorios para superar los problemas que se presentan en el entorno, de esta manera el desarrollo de la personalidad de un discapacitado es el resultado de un complejo proceso físico y psicológico, de adaptación, integración y superación.

En las personas con discapacidad visual la compensación no se trata de entrenar los demás sentidos que funcionan regularmente (oído, tacto, gusto y olfato) sino de comunicación e interacción social con el grupo de las personas que si pueden ver y hacer uso regular del sentido de la vista (Rodney, 2003).

El proceso compensatorio no siempre se desarrolla por igual y de manera equilibrada, el resultado final no suele ser el adecuado en relación a las necesidades impuestas por el entorno, esto se produce en distintos ambientes sociales que van desde el laboral, el deportivo, entre otros, porque si no existiera esta diferencia entre los no discapacitados y discapacitados no habría lugar a la segregación y a cierto grado de indiferencia, lo cual lleva al discapacitado a un mayor aislamiento de su entorno.

Según Adler (1965), las personas del entorno de un discapacitado visual describen una serie de características como resultado de la falta de compensación, tales como:

Sensación de que el individuo está en contaste desacuerdo, nunca está contento con su esfuerzo y habla en tono despectivo del resultado de su trabajo. Lo cual habla de una falta de autoestima y una negatividad propia de un deseo de igualdad no alcanzado, es decir, el discapacitado visual reconoce su limitación como si fuese una inferioridad con relación a las personas de su entorno, las cuales no padecen limitaciones físicas.

Comportamiento asocial, es decir, el individuo suele hablar de sí mismo sin tener en cuenta las necesidades de los demás. Esto puede estar asociado a que en su entorno social si el individuo la única persona que sufre de una discapacidad física, se sentirá siempre en desventaja, lo cual puede traer como consecuencia que el individuo sienta que todos tienen que cuidar de él y por lo tanto creará que todo gira alrededor de él y de su discapacidad.

Falta de empatía, en otras palabras, le cuesta ponerse en el lugar de otra persona que no padece su misma discapacidad. Suele tener una posición social casi siempre a la defensiva, porque nunca se incorpora realmente, por el contrario se dedica a observar la vida social de los demás y en ocasiones el individuo con discapacidad visual se vuelve agresivo hacia su entorno, en el sentido que puede llegar a culpar a los demás por su situación, en especial a las personas que cuyo sentido de la vista funciona correctamente y que pueden disfrutar de actividades que le son ajenas al discapacitado visual.

Padece de incompreensión sobre su discapacidad, porque se cree que un discapacitado visual sólo puede ser comprendido por otra persona de su misma condición o con sus mismas limitaciones físicas.

Los rasgos o cualidades mencionadas por Adler (1965) son impresiones expresadas por el entorno, por personas que conviven cerca a discapacitados visuales. Las frecuentes afirmaciones y experiencias de las personas respecto a la apariencia de otra, impactan de alguna manera en la percepción que tiene ésta persona sobre sí misma. Si normalmente la gente describe a una persona de cierta forma, tal persona se verá finalmente de ese modo. Pero lo importante es que la persona con discapacidad visual, no puede entender los rasgos de la personalidad que los demás ven en ella.

En síntesis, Se encuentra que los conceptos de familia, clima socio familiar, calidad de vida y discapacidad visual en nuestro contexto actual, encuentran un especial clímax para la investigación.

Hipótesis

Hipótesis General

A mayor grado de Clima Socio Familiar existe mejor Calidad de Vida de los adultos y adultos mayores con Discapacidad Visual de la Unión de Ciegos de Arequipa.

Hipótesis Secundarias

1. Existe mejor 'Clima socio familiar' y 'Calidad de vida' en personas que pertenecen a la Adultez Temprana.
2. Existe un mejor 'Clima socio familiar' y 'Calidad de vida' en Varones con discapacidad visual.
3. A mayor grado de Educación, hay mejor 'Clima Socio Familiar' y 'Calidad de Vida' en las personas con Discapacidad Visual.

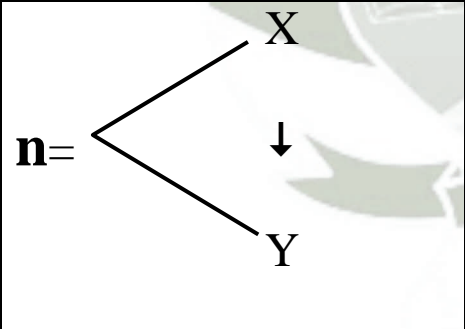


Diseño Metodológico

Diseño de Investigación

“El diseño permite al investigador responder preguntas de forma válida, objetiva, precisa y económica, es un marco de referencia para el estudio entre variables, sugiere la dirección de cómo realizar las observaciones y el análisis” (Kerlinger, 2002: 404).

- Según Hernández, Fernández y Baptista el nivel correlacional tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas puramente correlacionales. En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado.
- Es un diseño no-experimental, porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Se observa fenómenos tal y como se dan en un contexto natural, para después analizarlos.
- Con tipo de investigación de campo.

	<p>Dónde:</p> <p>n: la muestra.</p> <p>x: la variable independiente.</p> <p>↓: La relación entre variables</p> <p>Y: la variable dependiente.</p>
<p>O también: $n = X \rightarrow Y$</p>	

Fuente: creación propia.

Técnicas e Instrumentos

Técnica. Entrevista.

Instrumentos. Escala de Clima Familiar (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos & E.J. Trickeet (1989). Es de adaptación española, y sirve para la aplicación individual o colectiva. El tipo de respuesta es mediante la ‘elección forzada’ (V ó F). El tiempo estimado para su aplicación es de 20 minutos.

El instrumento evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en la familia. Consta de 90 ítems, está conformada por 10 sub escalas, las cuales miden tres grandes dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad.

Confiabilidad. Se estandarizó en Lima en una muestra de 139 jóvenes de 17 años promedio. Se usó el método de consistencia interna. Los coeficientes de fiabilidad van de 0.88 0.91, con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas de cohesión, intelectual-cultural, expresión y autonomía las más altas. En el test-re test, dos meses más tarde, los coeficientes eran de 0.86 en promedio.

Validez. Se probó su validez correlacionándola con la prueba de Bell, específicamente en el área de ajuste en el hogar con adolescentes y familias. Ambos trabajos demuestran la validez de la Escala FES.

La forma de administración. Es un instrumento de papel y lápiz que consta de 90 frases a las cuales deben contestar verdadero o falso. Se comienza la administración leyendo en voz alta las instrucciones de la prueba mientras que los sujetos lo hace en voz baja con su propio protocolo. Luego deberán contestar haciendo un círculo en V o F según consideren verdadero o falso las frases en su caso “Si usted piensa que lo que dice esta frase es cierto la mayoría de las veces, la respuesta será verdadera. Si por lo contrario,

cree que la mayor parte de las veces no es cierto, la respuesta es falso”. Si mientras están contestando, se plantea, alguna duda se puede hacer aclaraciones cuando los sujetos lo soliciten, pero se debe poner mucho cuidado para no influir en la dirección de las respuestas. Antes de retirar el protocolo, el examinador debe revisar que se encuentren todos los datos de identificación que se solicitan y las respuestas a todas las afirmaciones. La puntuación se calcula mediante la clave de corrección.

Escala de Calidad de Vida de David Olson & Howard Barnes (1982). Crearon este instrumento para la aplicación a personas desde los 13 años en adelante, de forma individual o colectiva. Se trata de un instrumento adaptado por Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo en la Universidad San Martín de Porres el año 2003.

El objetivo de esta escala es medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como la vida marital, familiar, amigos, facilidades de vivienda, educación, empleo, religión.

Confiabilidad del instrumento se trabajó mediante el método test-retest, usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases del nivel universitario y secundario. La correlación de Pearson para la escala total es de .64, y las correlaciones para los doce factores van de .40 a .72. la confiabilidad de la consistencia interna se determinó con el Coeficiente Alfa de Cronbach, alcanzando para la Escala Padres .92 y para la Escala Adolescentes .86.

La forma de administración. Este instrumento consta de 24 ítems, sus respuestas siguen la Escala de Lickert: insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho y completamente satisfecho. Está dividido en 7 factores: hogar y bienestar

económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud.

Estrategias de Recolección de Datos

Los criterios y procedimientos para una buena recolección de datos en esta investigación son:

Obtención de instrumentos validados para la medición de las variables, teniendo en cuenta la fluctuación de edades.

Solicitud de permiso para la aplicación de los instrumentos en el Centro UCA, fijación de fechas y otras facilidades.

Impresión y fotocopiado de los instrumentos según la cantidad de la muestra.

Vinculación de las dos encuestas respondidas por la misma muestra, para facilitar la correlación de datos.

Aplicación de la encuesta en un momento y lugar adecuados que permita: concentración y respuesta a todas las preguntas.

Explicaciones previas a la encuesta: aclaraciones respecto al objetivo de la investigación, tema y los contenidos de las preguntas, libertad en la participación, anonimato de los resultados, código de sinceridad.

Agradecimiento y detalle.

Población y Muestra

Población. La población del Centro Unión de Ciegos de Arequipa (UCA), es de 120 personas que fluctúan entre de 18 y 72 años, de los cuales 68 son varones, y 52 son mujeres.

Muestra. Nuestro estudio se realizó con una muestra de 99 personas entre 18 y 72 años, de los cuales 58 son varones y 41 son mujeres. Nuestra población está conformada por ciegos parciales (39 personas) y ciegos totales (60 personas)

Criterios de inclusión. Personas con discapacidad visual cuyas edades oscilan entre 18 y 72 años, que sean ciegos parciales y totales.

Criterios de exclusión. Personas que no accedan al llenado del cuestionario.

Delimitación Temporal

El año 2013, entre Marzo a Julio.

Criterios de Procesamiento de la Información

En el procesamiento de la información se realizó la tabulación y organización de los datos por las evaluaciones en una matriz por escalas y sub escalas en puntajes, los cuales fueron expresados posteriormente de manera porcentual y mediante tablas.

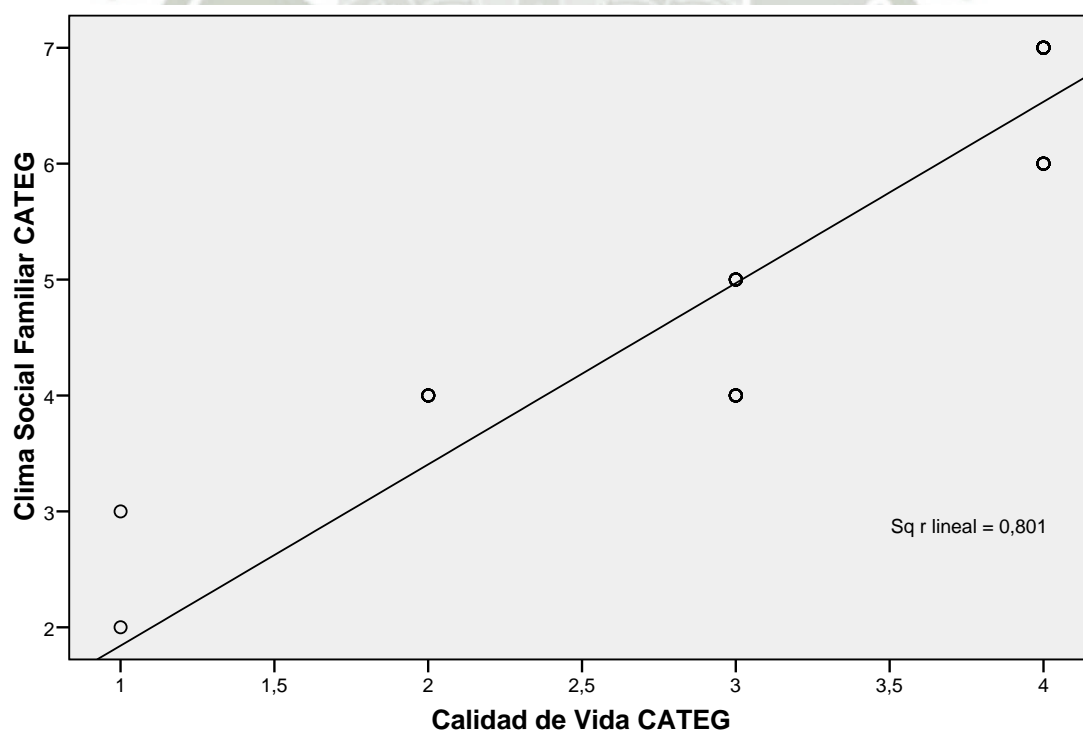
Los datos generados por la Escala de Clima Socio Familiar, se tabularon en una matriz de acuerdo a las escalas y sub escalas las cuales miden tres grandes dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad, mediante el programa SPSS. A la misma vez los datos generados por la Escala Calidad de Vida, se tabularon en una matriz de acuerdo a las 7 sub escalas hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud,

mediantes el programa SPSS. Estas matrices fueron el punto de partida para la elaboración de las tablas de contingencia de resultados.

Resultados

Previo al análisis de fiabilidad, se aplicó la “Prueba de Normalidad” de manera numérica con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y de manera gráfica con P-P y Q-Q. Se encontró ‘diferencias significativas’ < 0.05 en casi todos los ítems, excepto en la edad (0.609). La información básica y el instrumento de calidad de vida los mejores resultados en cuanto a la normalidad. Los ítems del instrumento de medición del Clima Socio Familiar se hallaron un poco dispersos en torno a la diagonal (figura 1), pero dentro de los límites permitidos por el instrumento. En síntesis: queda aprobada la prueba de normalidad.

Figura 1: *Relación entre Clima Socio Familiar y Calidad de Vida*



Como siguiente paso, se obtuvo el análisis de fiabilidad o grado de homogeneidad de cada instrumento mediante el Alfa de Cronbach. Ante todo, se tuvo que tratar debidamente los ítems de sentido inverso, porque estaban perjudicando la objetividad de los resultados. Con respecto a la Escala de Calidad de Vida (Tabla 2) se halló una fiabilidad de 0.858, es decir, una fiabilidad del 86%. Con respecto a la Escala de Clima Social Familiar (Tabla 1) se halló una fiabilidad de 0.906, es decir una fiabilidad del 91%.

Tabla 1

Análisis de Fiabilidad: Escala de Clima Social Familiar

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	99	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	99	100,0
a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,906	90

Tabla 2

Análisis de Fiabilidad: Escala de Calidad de vida

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	99	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	99	100,0
a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.			

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,858	24

En síntesis: en ambas escalas, los ítems arrojaron una gran uniformidad en cuanto al nivel de fiabilidad, y se obtuvo ‘muy alta fiabilidad’, y más aún si se tiene en cuenta los niveles de exigencia de la investigación social.

Relación Entre Clima Socio Familiar y Calidad de Vida.

Tabla 3

Correlación– Clima Socio Familiar Calidad de Vida

		Clima Socio Familiar CATEG	Calidad de Vida CATEG
Rho de Spearman	Clima Social Familiar CATEG	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 ,908(**) ,000 99
	Calidad de Vida CATEG	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,908(**) ,000 99

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Para relacionar la información acerca de Clima Socio Familiar y Calidad de Vida, primero se diseñó la recta de regresión. Este proceso ayuda a determinar si las variables están asociadas o no. La correlación se realizó mediante el estadístico Rho de Spearman, adecuado para variables nominales. La ‘significación’ (0.000) de la Tabla 3 arroja un dato decisorio sobre la hipótesis de investigación, aprobándola.

La correlación entre Calidad de Vida y Clima Socio Familiar es de 0.908 al 91% de fiabilidad. Es una correlación Muy Alta.

Grupo Etario, Clima Socio Familiar y Calidad de Vida

Previa a la generación de estadísticos se ha categorizado la variable edad según los criterios de Papalia y cols. (2004): adolescencia, adultez temprana, adultez intermedia y adultez tardía.

Tabla 4

Contingencia Clima Socio Familiar-Edad

		Edad CATEG				Total
		Adolescencia	Adultez Temprana	Adultez Intermedia	Adultez Tardía	
Clima Social Familiar CATEG	Mal	Recuento	0	1	0	1
		% del total	,0%	1,0%	,0%	1,0%
	Tendencia Media	Recuento	0	1	0	1
		% del total	,0%	1,0%	,0%	1,0%
	Media	Recuento	0	3	21	29
		% del total	,0%	3,0%	21,2%	29,3%
	Tendencia Buena	Recuento	0	2	9	14
		% del total	,0%	2,0%	9,1%	14,1%
	Buena	Recuento	0	5	7	16
		% del total	,0%	5,1%	7,1%	16,2%
	Muy Buena	Recuento	2	11	18	38
		% del total	2,0%	11,1%	18,2%	38,4%
Total		Recuento	2	21	57	99
		% del total	2,0%	21,2%	57,6%	100,0%

Respecto al Clima Socio Familiar, en la Tabla 4 se observa que el grupo etario de ‘Adultez Intermedia’ tiene las más altas frecuencias con el 57.6% (57 personas) La Adolescencia y la Adultez Tardía tienen las frecuencias más bajas con 2.0% (2 personas) y 19,2% (19 personas) respectivamente.

Tabla 5

Contingencia Calidad de Vida- Edad

			Edad CATEG				Total
			Adolescencia	Adultez Temprana	Adultez Intermedia	Adultez Tardía	Adolescencia
Calidad de Vida CATEG	Mala	Recuento	0	0	2	0	2
		% del total	,0%	,0%	2,0%	,0%	2,0%
	Tendencia Baja	Recuento	0	1	7	3	11
		% del total	,0%	1,0%	7,1%	3,0%	11,1%
	Tendencia Buena	Recuento	0	4	23	5	32
		% del total	,0%	4,0%	23,2%	5,1%	32,3%
	Óptima	Recuento	2	16	25	11	54
		% del total	2,0%	16,2%	25,3%	11,1%	54,6%
	Total	Recuento	2	21	57	19	99
		% del total	2,0%	21,2%	57,6%	19,2%	100,0%

La primera hipótesis secundaria de esta investigación se desarrolla en dos partes: la primera gracias a los datos que ofrece la Tabla 5. Aquí se evidencia que el grupo etario de mejor calidad de vida es decir, de mayores frecuencias en tendencia buena y óptima es la 'adulthood intermedia'. Cuenta con 23.2% de tendencia buena y 25.3% de tendencia óptima. Es una diferencia bastante considerable. En cambio, la peor condición de 'calidad de vida' se tiene en la adolescencia y la adultez tardía.

Por tanto, se concluye que en las personas con discapacidad visual del Centro Unión de Ciegos de Arequipa, el grupo etario de Adultez Intermedia es la que tiene mejor Clima Socio Familiar y de Calidad de Vida (Tablas 4 y 5).

Sexo, Clima Socio Familiar y Calidad de Vida

Para discriminar el sexo que tenga el mejor Clima Socio Familiar y la mejor Calidad de Vida se tendrá como punto de referencia las frecuencias que caen en el nivel ‘Óptimo’ y ‘Tendencia Muy Buena’ de las variables respectivamente.

Tabla 6

Contingencia Clima Social Familiar - Sexo

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Clima Socio Familiar CATEG	Mal	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	,0%	1,0%
	Tendencia Media	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	,0%	1,0%
	Media	Recuento	16	13	29
		% del total	27,6%	31,6%	29,2%
	Tendencia Buena	Recuento	5	9	14
		% del total	8,6%	22,0%	14,2%
	Buena	Recuento	9	7	16
		% del total	15,6%	17,1%	16,2%
	Muy buena	Recuento	26	12	38
		% del total	44,8%	29,3%	38,4%
	Total	Recuento	58	41	99
		% del total	100%	100%	100%

El cuadro estadístico muestra que de 58 varones, 26 de ellos (es decir, el 44.8%) tienen Clima Socio Familiar Muy Bueno. De 41 mujeres, 12 de ellas (es decir 29.3%) tienen un Clima Socio Familiar Muy Bueno.

Por tanto, se precisa que entre las personas con discapacidad visual del centro en mención, los del sexo masculino tienen un ‘mejor Clima Socio Familiar’ y ‘mejor Calidad de Vida’. Se recalca que el sexo femenino se encuentra en condiciones de desventaja.

Tabla 7

Contingencia Calidad de Vida - Sexo

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Calidad de Vida CATEG	Mala	Recuento	2	0	2
		% del total	3,4%	,0%	2,0%
	Tendencia Baja	Recuento	5	6	11
		% del total	8,6%	14,6%	11,2%
	Tendencia Buena	Recuento	16	16	32
		% del total	27,6%	39,1%	32,4%
	Óptima	Recuento	35	19	54
		% del total	60,4%	46,3%	54,4%
	Total	Recuento	58	41	99
			% del total	100%	100%

De 58 varones, 35 de ellos (60.4%) tienen una Calidad de Vida Óptima. En cambio, de 41 mujeres, 19 de ellas (46.3%) tienen una Calidad de Vida Óptima.

Tabla 8

Contingencia Sexo- Grado de Educación - Tipo de Ceguera

			Grado de Educación							
Tipo de ceguera			Sin Estudios	Primaria Incompl.	Primaria Completa	Sec. Incompl.	Sec. Completa	Superior Incompl.	Superior Completa	Total
Ceguera Parcial	Sexo	Varón	Recuento	1	2	1	11	3	7	25
		% dentro de Grado de Educación	33.3%	100.0%	33,3%	73.3%	100,0%	53.8%	64.1%	
	Mujer	Recuento	2	0	2	4	0	6	14	
		% dentro de Grado de Educación	66,7%	0.0%	66,7%	26.7%	0,0%	46.2%	35.9%	
	Total	Recuento	3	2	3	15	3	13	39	
		% dentro de Grado de Educación	100,0%	100.0%	100%	100.0%	100,0%	100.0%	100.0%	
Ceguera Total o Completa	Sexo	Varón	Recuento	1	4	1	5	12	5	33
		% dentro de Grado de Educación	100.0%	66.7%	16.7%	55,6%	57.1%	71,4%	50.0%	55.0%
	Mujer	Recuento	0	2	5	4	9	2	5	27
		% dentro de Grado de Educación	0.0%	33.3%	83.3%	44,4%	42.9%	28,6%	50.0%	45.0%
	Total	Recuento	1	6	6	9	21	7	10	60
		% dentro de Grado de Educación	100.0%	100,0%	100.0%	100,0%	100.0%	100,0%	100.0%	100.0%
Total	Sexo	Varón	Recuento	0	5	3	6	23	8	58
		% dentro de Grado de Educación	0.0%	55,6% %	37.5%	50,0%	63.9%	80,0%	52.2%	58.6%
	Mujer	Recuento	1	4	5	6	13	2	11	41
		% dentro de Grado de Educación	100.0%	44,4%	62.5%	50,0%	36.1%	20,0%	47.8%	41.4%
	Total	Recuento	1	9	8	12	36	10	23	99
		% dentro de Grado de Educación	100.0%	100,0%	100.0%	100.0%	100,0%	100.0%	100.0%	100.0%

La muestra se caracteriza por (Tabla 8):

El 58.6% (58 personas) son varones, y el 41.4% (41 personas) son mujeres.

El 39.4% (39 personas) sufren ceguera parcial y el 60.6% (60 personas) sufren ceguera total.

El 1.0% (1 persona) no realizó estudios.

El 9.1% (9 personas) realizaron estudios de Primaria Incompleta.

El 8.9% (8 personas) realizaron estudios de Primaria Completa.

El 12.1% (12 personas) realizaron estudios de Secundaria Incompleta.

El 36.4% (36 personas) sólo terminaron Secundaria Completa.

El 10.1% (10 personas) realizaron estudios de Superior Incompleta.

El 23.2% (23 personas) realizaron estudios de Superior Completa (en Cetpro o Instituto).

Las cifras indican clara tendencia del sexo femenino hacia el nivel de Educación de menor nivel, en cambio, el sexo masculino tiene mayores incidencias en el nivel de Educación Superior.

En seguida se presenta los resultados de la investigación siguiendo el orden de los objetivos específicos, para concluir con el objetivo general.

Tabla 9

Contingencia Clima Socio Familiar – Grado de Educación

			Grado de Educación							
			Sin estudios	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior Incompleta	Superior Completa	Total
Clima Socio Familiar CATEG	Mal	Recuento % del total	1 1,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,0%
	Tendencia	Recuento % del total	0 ,0%	0 ,0%	1 1,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,0%
	Media	Recuento % del total	0 ,0%	4 4,0%	6 6,1%	3 3,0%	6 6,1%	1 1,0%	9 9,1%	29 29,3%
	Media	Recuento % del total	0 ,0%	2 2,0%	1 1,0%	2 2,0%	4 4,0%	5 5,1%	0 ,0%	14 14,1%
	Tendencia Buena	Recuento % del total	0 ,0%	2 2,0%	0 ,0%	1 1,0%	10 10,1%	0 ,0%	3 3,0%	16 16,2%
	Buena	Recuento % del total	0 ,0%	1 1,0%	0 ,0%	6 6,1%	16 16,2%	4 4,0%	11 11,1%	38 38,4%
	Muy buena	Recuento % del total	0 ,0%	1 1,0%	0 ,0%	6 6,1%	16 16,2%	4 4,0%	11 11,1%	38 38,4%
		Recuento % del total	0 ,0%	1 1,0%	0 ,0%	6 6,1%	16 16,2%	4 4,0%	11 11,1%	38 38,4%
	Total	Recuento % del total	1 1,0%	9 9,1%	8 8,1%	12 12,1%	36 36,4%	10 10,1%	23 23,2%	99 100,0%

Para discriminar el 'Clima Socio Familiar ideal' conforme a las exigencias de la tercera hipótesis secundaria, se tendrá como punto de referencia las frecuencias que caen en la tendencia Muy Buena.

Según los datos de la Tabla 9, la categoría Sin Estudios no manifiesta ninguna frecuencia en la tendencia Muy Buena. La categoría Primaria Incompleta tiene un total de 9 frecuencias, 1 de ellos (es decir, el 1.0%) manifiestan Clima Socio Familiar Muy Bueno. La categoría de Primaria Completa tiene 8 frecuencias en total, de los cuales, ninguna persona manifiesta Clima Socio Familiar Muy Bueno. La categoría Secundaria Incompleta tiene 12 frecuencias en total, de los cuales 6 personas (es decir, el 6.1%) manifiestan Clima Socio Familiar Muy Bueno. La categoría Secundaria Completa tiene 36 frecuencias en total, de los cuales 16 individuos (es decir, el 16.2%) manifiestan Clima Socio Familiar Muy Bueno. La categoría Superior Incompleta tiene 10 frecuencias en total, de los cuales 4 (es decir el 4.0%) tienen Clima Socio Familiar Muy Bueno, por último, la categoría Superior Completa tiene 23 frecuencias, de los cuales 11 (es decir, 11.1%) manifiestan Clima Socio Familiar Muy Bueno.

De lo dicho, se concluye que el grupo de Educación en el que hay mejor Clima Socio Familiar es el de la categoría Secundaria Completa (36.4%), en segundo lugar está la categoría Superior Completa con el 23.2% de frecuencias, y en último lugar se encuentra la categoría Sin Estudios con 1.0% de frecuencias en el nivel óptimo.

Tabla 10

Contingencia Calidad de Vida – Grado de Educación

			Grado de Educación							
			Sin Estudios	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior Incompleta	Superior Completa	Total
Calidad de Vida CATEG	Mala	Recuento	0	0	0	1	1	0	0	2
		% del total	,0%	,0%	0%	1,0%	1,0%	,0%	,0%	2,0%
	Tendencia baja	Recuento	1	0	1	2	3	0	4	11
		% del total	1,0%	,0%	1,0%	2,0%	3,0%	,0%	4,0%	11,1%
	Tendencia buena	Recuento	0	3	2	3	15	1	8	32
		% del total	0,0%	3,0%	2,0%	3,0%	15,2%	1,1%	8,1%	32,4%
	Óptima	Recuento	0	6	5	6	17	9	11	54
		% del total	0%	6,1%	5,1%	6,1%	17,2%	9,1%	11,1%	54,5%
	Total	Recuento	1	9	8	12	36	10	23	99
		% del total	1,0%	9,1%	8,1%	12,1%	36,4%	10,1%	23,2%	100,0%

Para discriminar la 'Calidad de Vida ideal' conforme a las exigencias de la tercera hipótesis secundaria, se tendrá como punto de referencia las frecuencias que caen en la Calidad de Vida Óptima.

Según los datos de la Tabla 9, la categoría Sin Estudios no manifiesta ninguna frecuencia en la calidad de vida Óptima. La categoría Primaria Incompleta tiene un total de 9 frecuencias, 6 de ellos (es decir, el 6.1%) manifiestan Calidad de Vida Óptima. La categoría de Primaria Completa tiene 8 frecuencias en total, de los cuales, 5 personas (el 62.5%) manifiestan Calidad de Vida Óptima. La categoría Secundaria Incompleta tiene 12 frecuencias en total, de los cuales 6 personas (es decir, el 6.1%) manifiestan Óptima Calidad de Vida. La categoría Secundaria Completa tiene 36 frecuencias en total, de los cuales 17 individuos (es decir, el 17.2%) manifiestan Óptima Calidad de Vida. La categoría Superior Incompleta tiene 10 frecuencias en total, de los cuales 9 (es decir el 9.1%) tienen calidad de vida Óptima, por último, la categoría Superior Completa tiene 23 frecuencias, de los cuales 11 (es decir, 11.1%) manifiestan Óptima Calidad de Vida

De lo dicho, se concluye que el grupo de Educación en el que hay mejor Calidad de Vida es el de la categoría Secundaria Completa (36.4%), en segundo lugar está la categoría Superior Completa con el 23.2% de frecuencias, y en último lugar se encuentra la categoría Sin Estudios con 1.0% de frecuencias en el nivel óptimo.

Discusión

En la presente investigación se ha analizado la correlación entre el Clima Socio Familiar y la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Visual de la Unión de Ciegos de Arequipa, la relación planteada en la hipótesis principal, resultó confirmada. Primero se comprobó la asociación de las variables, y se probó la correlación mediante el estadístico Rho de Spearmann siendo de 0.908. De manera muy evidente se aprueba la hipótesis encontrando una correlación ‘Muy Alta’ entre el Clima Socio Familiar y la Calidad de Vida.

El resultado de la correlación al ser positiva evidencia que se debe mejorar el Clima Socio Familiar para mejorar la Calidad de Vida de las personas con Discapacidad Visual manteniendo el grado de bienestar e integridad de la familia, así como la salud física y mental de cada uno de sus miembros. El Clima Socio Familiar estructurado a partir de las acciones e interacciones de los miembros, viene a interferir en el despliegue social de la persona con Discapacidad Visual, porque dependiendo de cómo sea este clima la persona con Discapacidad Visual recibirá herramientas y recursos que les permiten adquirir habilidades y repertorios necesarios para desempeñarse socialmente y generar competencias de interacción, resolución de conflictos y adaptación de situaciones sociales las características socio ambientales y las relaciones personales en la familia, las cuales influyan en la mejora de la Calidad de Vida y comprobándola mediante las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como la vida marital, familiar, amigos, facilidades de vivienda, educación, empleo, religión.

Respecto a la primera hipótesis secundaria, se encontró que el grupo etario con mejor Clima Socio Familiar y de Calidad de Vida es la 'Adulthood Intermedia'. Según la clasificación de Papalia y cols. (2004) corresponde a la categoría comprendida entre 40 y 65 años. Es la etapa de la consolidación física, psicológica y profesional de las personas. En este sentido, no hay variación entre el común de las personas con el grupo de personas que presentan Discapacidad Visual.

Con respecto a la segunda hipótesis secundaria, el Sexo Masculino predominó frente al Sexo Femenino en cuanto a ambas variables, de esta manera podemos decir que los varones con Discapacidad Visual presentan un mejor Clima Socio Familiar y Calidad de Vida, puesto que los varones tienen más accesibilidad para desempeñarse en la sociedad, porque los varones tienen menos probabilidad de sufrir algún cuadro de depresión y ansiedad, frente a dichos desordenes la incidencia es en personas que pasan por diferentes cambios hormonales siendo así el caso de las mujeres, por ello la depresión afectaría en que las mujeres tengan mayores impedimentos en afrontar la realidad de la discapacidad visual. Según la OMS la ansiedad generalizada afecta al doble de mujeres que de varones y, el trastorno fóbico al 7% de mujeres frente al 4,3% de los varones. La prevalencia de la agorafobia (rechazo a lugares abiertos) es también doble en el sexo femenino. De entre todas las enfermedades mentales, el nivel solo es el mismo en ambos sexos en la bipolaridad, la esquizofrenia y el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo), tras todos estos hallazgos podemos corroborar nuestra hipótesis siendo cifras encontradas en la población en general incluyendo a personas con Discapacidad Visual.

El hallazgo de que los varones tengan mejor Clima Socio Familiar frente a las mujeres se corrobora con la investigación de la Dra. Sarah Sasso en su artículo titulado

“Incompatibilidad Sexual” donde indica que los varones pueden volver a consolidar su vida familiar porque tienen más probabilidades de casarse una vez más después de una ruptura marital, un duelo, porque ellos sienten menor el grado de culpabilidad y empatía frente a los problemas sociales. El estrés familiar mantiene una estrecha relación con el grado de bienestar e integridad de la familia, así como con la salud física y mental de cada uno de sus miembros, afectando dicho estrés en mayor grado a las mujeres. El varón consigue mayores salarios que las mujeres, siendo la economía una característica del Clima Socio Familiar.

Respondiendo a la tercera hipótesis secundaria, se encontró que a mayor nivel de Educación las personas tendrán ‘mejor’ Clima Socio Familiar y Calidad de Vida. Según la OMS las personas que alcanzan mayores grados de Educación, tendrán mejores relaciones familiares porque la Educación logra construir conductas asertivas para interrelacionarse con los miembros de la familia, dejando de lado acto violentos, alcoholismo, drogadicción, siendo problemas que afectan a la satisfacción familiar, así mismo las personas con mejores grados de Educación se tornan más independientes con la facultad de tomar sus propias decisiones y ejercer la utilidad de la Educación para las necesidades cotidianas de alimentación, salud, bienestar personal y familiar y para la superación constante.

Conclusiones

Primera. Hay muy alta correlación (0.908 de Ro Spearman) entre Clima Socio Familiar y Calidad de Vida de los adultos y adultos mayores con Discapacidad Visual. A mayor grado de Clima Socio Familiar, hay mayor Calidad de Vida, y viceversa lo que prueba la hipótesis de investigación.

Segunda. El grupo etario de personas con discapacidad visual del Centro Unión de Ciegos de Arequipa con mayor grado de Calidad de Vida y Clima Socio Familiar es la Adulthood Intermedia. Por lo que se rechaza la primera hipótesis secundaria donde indica que existe mejor Clima Socio Familiar y Calidad de Vida en personas que pertenecen a la Adulthood Temprana.

Tercera. Existe mejor grado de Clima Socio Familiar y Calidad de Vida en el Sexo Masculino entre las personas con Discapacidad Visual. Por lo que se aprueba la segunda hipótesis donde se planteó que existe mejor Clima Socio Familiar y Calidad de Vida en Varones con Discapacidad Visual.

Cuarta. Se halló que las personas con Discapacidad Visual predominaron en el grado de Educación Secundaria donde existe mejor Clima Socio Familiar y Calidad de Vida por lo que se rechaza la hipótesis secundaria, que a mayor grado de educación existirá mejor Clima Socio Familiar y Calidad de Vida.

Sugerencias

Frecuentemente, hay un importante desconocimiento acerca de las personas ciegas, debido, a la falta de información, a la ausencia de relación entre no videntes y videntes y a cierto temor de estos últimos, por no saber cómo establecer la comunicación. El mundo de las personas con discapacidad visual es el mismo que el del resto de las personas, pero vivido de diferente manera, con sus medios, facultades, a menudo más grandes de las que imaginamos.

Se sugiere:

Unión de Ciegos de Arequipa e Instituciones a Fines.

Brindar orientación psicológica sobre como contribuir al mejoramiento del Clima Socio Familiar logrando establecer una dinámica familiar de tipo funcional para las personas con Discapacidad Visual.

Ofrecer asesoramiento a las personas con Discapacidad Visual en vista de la elección de la carrera y ocupación laboral que sea funcional a su estado de vida, a sus necesidades y a sus posibilidades de trabajo.

Brindar información a la colectividad y en especial a las instituciones vinculadas con personas que tengan discapacidad visual, a fin de atender adecuadamente sus necesidades y modificar ciertos estereotipos que subestiman su discapacidad.

Apoyo psicosocial, técnicas de la vida diaria, desarrollo de la habilidad sensorio-perceptual, cognitiva y manual, elementos de la comunicación, orientación y

movilidad, desarrollo de competencias para la lecto-escritura adaptada Braille, desarrollo de habilidades para el cálculo en la vida diaria y acondicionamiento físico.

Programa Profesional de Psicología.

Realizar visitas extracurriculares a diferentes instituciones de y para personas con alguna discapacidad, para ganar experiencias vivenciales que sensibilicen y promuevan el interés por el trabajo social.

Realizar proyectos extracurriculares sobre programas educativos que estén diseñados para personas con discapacidad visual y así apoyar a la mejora del Clima Socio Familiar y Calidad de Vida de dichas personas.

A Nivel de Asociaciones Nacionales.

Concientizar a la sociedad respecto al apoyo que se pueda brindar a las personas con Discapacidad Visual creando organismos de ayuda.

Infraestructura adaptada para facilitar los procesos de independencia personal e integración social.

Adaptación y accesibilidad de las tecnologías de la información y comunicación para su utilización.

Referencias

- Adler A. (1965). *Superioridad e interés social*. Barcelona: Paidós.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andolfi, M. (2003). *Manual de psicología relacional: la dimensión familiar*. España: Paidós.
- Becoña, E.; Vázquez F.; Y Oblitas, L.; (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Rev. Investigación en Detalle*, 5, 22-28. Bogotá: ALAPSA,
- Benites, L. (1999). *Tipos de Familia, Clima Social Familiar y Asertividad en Adolescentes que asisten a los Centros Comunes por la vida y la paz de Lima, del Instituto de Bienestar Familiar*. Lima. UPSMP. Tesis de Maestría.
- Blanco, A. (2009). *Calidad de vida*. Universidad Autónoma de Madrid. Consultado en: http://147.96.1.15/info/eurotheo/diccionario/C/calidad_vida.pdf
- Cabrera, M. (2011). *Discapacidad visual. Escuela de débiles visuales y ciegos Alejandro Meza*. México: Xalapa.
- Casullo, L. (2010). *Algunas consideraciones acerca del clima social y su evaluación*. Universidad de Buenos Aires. Consultado el 02/12/2012 en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/ficha_4.pdf
- Chapela, L. (1999). *Familia. Cuadernos de población*. México: Conapo.
- Checa, J.; Díaz, P.; Pallero, R. (2004). *Psicología y ceguera. Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual*. Organización nacional de ciegos españoles. ISBN: 84-484-0123-9. España.
- Da Silva, M. (2006). *Nuevas perspectivas de la calidad de vida laboral y sus relaciones con la eficacia organizacional*. Barcelona: Santillana.
- Dinero en Imagen (10 de diciembre del 2012) (diario). *Las 10 ciudades con mejor calidad de vida en el mundo*. Informe de la firma Mercer. México. Consultado en: <http://www.dineroenimagen.com/2012-12-05/12178>
- Dughi, P; Macher, E; Mendoza, A; Núñez, C. (1995). *Salud mental, infancia y familia*. Perú: Unicef- IEP.
- Eguiluz, L. (2004). *Comp. Terapia familiar*. México: Pax.

- El Comercio (02/10/2009) (diario). *Sólo el 6% de discapacitados tiene empleo adecuado*. Lima: versión digital: elcomercio.com
- Escardó, F. (1964) *Anatomía de la familia*. Doceava Edición. Argentina: El Ateneo.
- Espejel, E. (1997). *Escala del funcionamiento familiar*. México: Pax.
- Fernández, V. (2010). *Mejora de calidad de vida en el Perú*. Revista del gas natural. Recuperado de : http://larevistadelgasnatural.osinerg.gob.pe/articulos_recientes/files/archivos/39.pdf
- Garduño, L.; Salinas, B. & Rojas M. (2009). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Pp. 259-294. México: Plaza y Valdez.
- Gervilla, E. (2003). *Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. Madrid: Narcea.
- Gómez, M.; Sabeh, E. (s/f). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/images/stories/Integracion/cdvevolucion.pdf>
- González-Celis, R. (2005). *¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?* Lima: Norma.
- Grimaldo, M. P. (2010). Adaptación de la escala de calidad de vida de olson&barnes para profesionales de la salud. *Revista Cultura Lima* 24:1-20. ISSN: 1817-0288. Universidad San Martín de Porres.
- Hernández, R.; Fernandez, C. y Baptista P. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoffenberg, M.; Dyer, J. (1975). *Evaluating the quality of working life*. New York: The free press.
- Hurlock, E. (2000). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- International Living (2010). *Revista international living*. Calidad de vida. Recuperado el 25/06/2013 de: <http://internationalliving.com/>
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. Traducción Leticia E. Pineda Ayala. Cuarta edición. México: McGraw Hill.
- Labrador, F.; Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990). *Medicina conductual*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Leventhal, H.; Prochaska, T.R. y Hirschman, R.S. (1985). *Preventive health behavior across the life-span*. University Press of New England.

- Maldonado, C. (2004). *¿Es posible hablar de evolución o de progreso de la calidad de vida?* ISBN 958-701-444-8. Pp. 29-40. Universidad Nacional de Colombia
Consultado en:
.0<http://www.carlosmaldonado.org/articulos/Calidad%20de%20vida.pdf>
- Minuchin, (2011). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moos, R. (1974). *The Social Climate Scale: An overview, Palo Alto, California*. Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H.; Moos, B.S. & Trickett, E.J. (1989). *Escala de Clima Social en Familia*. Adaptación Española, Manual 3ra Edición. Madrid: TEA Investigación y Publicaciones Psicológicas.
- Oblitas, L. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. México: Plaza y Valdés.
- Olson, D.; Barnes, H. (1982). *Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes*. Adaptado por Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo (2003). Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Décima edición. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Ceguera y discapacidad*. Washington: Prentice Hall.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. ISSN 1020-6760. Francia: Imprenta OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Versión electrónica: ISBN 978-92-4-068482-9
- Organización Mundial de la Salud (Junio 2012). *Ceguera y discapacidad visual*. Nota descriptiva n° 282. Washington: Prentice Hall.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *Plan de acción de salud mental 2013-2020*. Francia: Edit. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010). *Prevención de ceguera y salud ocular*. Washington. Recuperado el 26/06/2013 de: <http://new.paho.org/hq/>.
- Palacios, J. & Andrade, P. (2006). *Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos*. Revista de Psicología Social y Personalidad. Mexico: McGraw-Hill.

- Papalia, D.; Olds, S. & Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano*. Novena edición castellana. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Park, J., Turnbull, A. & Turnbull, R. (2002). *Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities*. *Exceptional Children*, 68, 151-170.
- Perú Económico (octubre 2012). *Ciudades con mejor calidad de vida*. Recuperado de: <http://perueconomico.com/ediciones/74-2012-oct/articulos/1337-top-10-ciudades-con-mejor-calidad-de>
- Pichiling, A. & Rivera, R. (2002). *Inestabilidad emocional de la personalidad según Eysenck en personas adultas con ceguera adquirida total y parcial*. Arequipa: Universidad Católica Santa María.
- Raya, A. (2009). *Desarrollo psicológico del discapacitado visual*. Innovación y Experiencias Educativas. ISSN 1988-6047. Gobierno de Cataluña: s/ed.
- Real Academia de la Lengua Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa.
- Rodney, P. (2003). *Entre dos mundos. El aspecto psicológico de la discapacidad visual como elemento de comprensión central en el desarrollo de la inclusión*. *Revista de traducción sobre discapacidad visual*. P 5-12. Santiago: s/ed.
- Sabino, C. (s/f). *Desarrollo y calidad de vida*. Consultado el 25/06/2013 en: <http://www.hacer.org/pdf/Desarrollo.pdf>
- Sasso Sarah (s/f). *Incompatibilidad sexual*. Consultado el 02/06/2013 en: <http://cienciasdelapareja.org/?articulos.html>
- Schalock, R. (1996). *Quality of Life. Application to Persons with Disabilities*. Vol. II. (pp. 43-61). Washington: Mc-Graw Hill.
- Schalock, R. (2000). *Three decades of quality of life – Mental retardation in the 21st*. Texas: Century–Austin.
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial].
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. ISSN 0717-2079. *Revista Ciencia y Enfermería* IX (2). Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>.

Turnbull, A. (2004). *Families and people with mental retardation and quality of life: International perspectives*". Washington D.C.: s/edit.

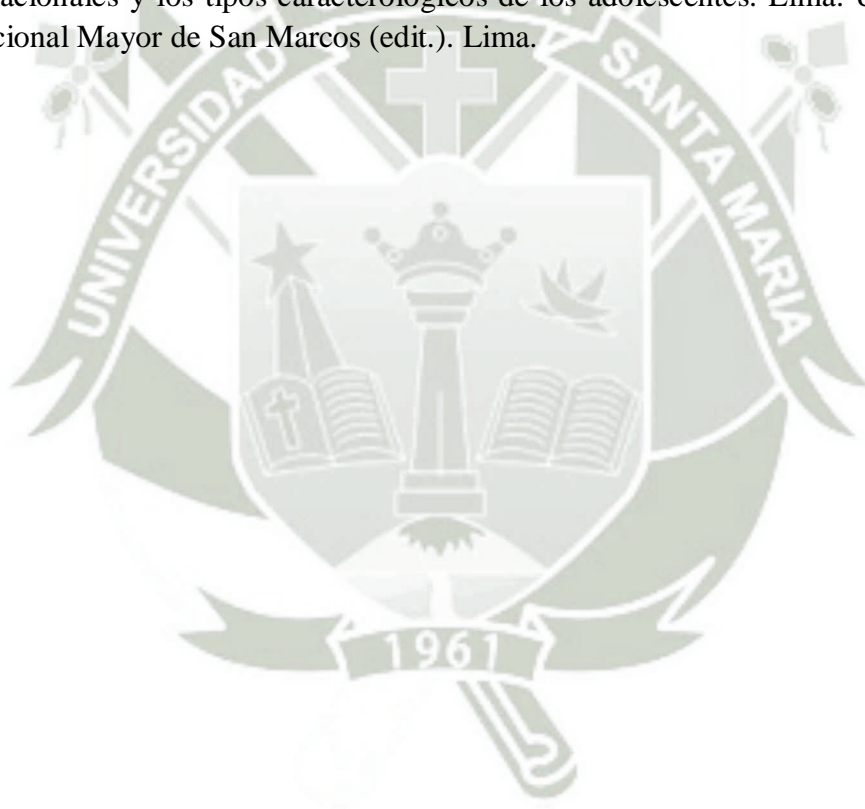
Verdugo, M. A. y Gómez, J. (2005). *Spanish adaptation and validation of the Family Quality of Life Survey*. Journal of Intellectual Disability Research, 49, 794-798.

Walton, R. (1983). *Quality of Working Life: What is it?* Sloan Management Review 15 (1), 11-21.

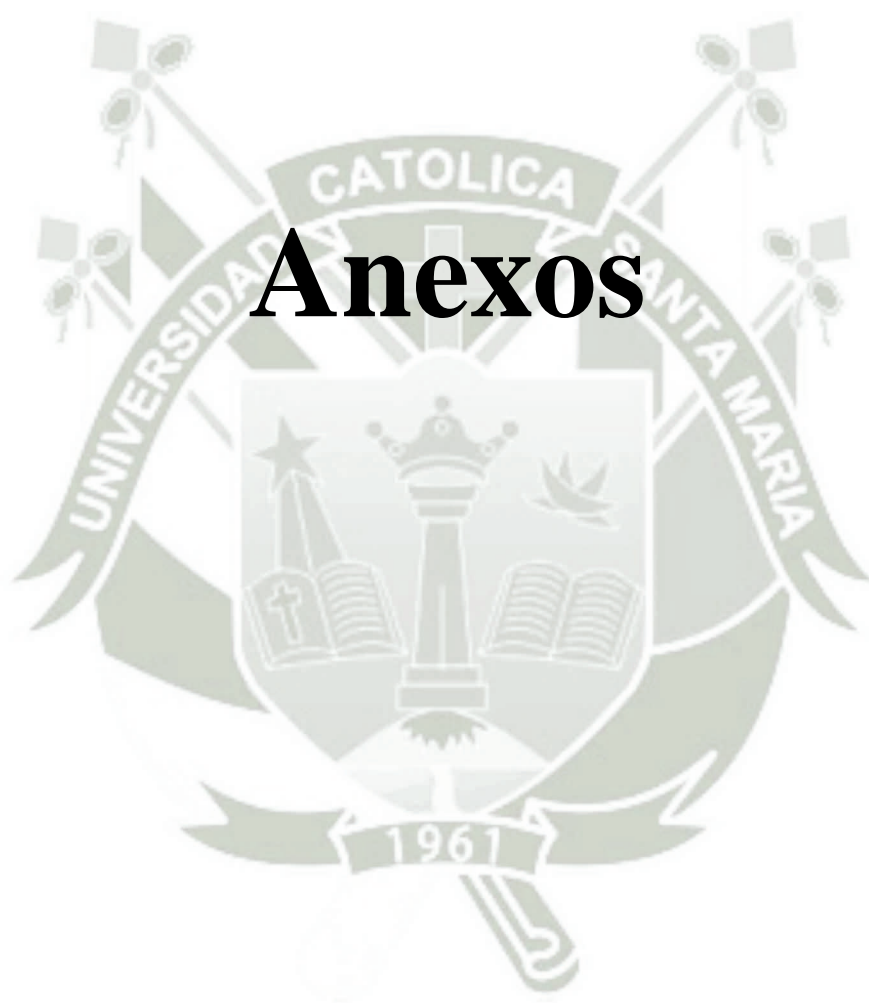
World Health Organization (WHO) (2010). *World report on disability and rehabilitation*. Génova.

World Health Organization (WHO) (2020). *The right to sight: Global initiative for the elimination of avoidable blindness: action plan 2006-2011*.

Zavala García, Gustavo Waldo (2001). El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los adolescentes. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (edit.). Lima.



Anexos



Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos

Nº.....

SEXO:

☐ Masculino

☐ Femenino

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

GRADO DE EDUCACIÓN:

☐ Analfabeta

☐ Primaria Completa

☐ Primaria Incompleta

☐ Secundaria Completa

☐ Secundaria Incompleta

☐ Superior Completa

☐ Superior Incompleta

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

☐ Conviviente

☐ Soltero (a)

☐ Casado (a)

☐ Viudo (a)

☐ Divorciado (a)

NÚMERO DE HIJOS:

CON QUIENES VIVE:

TIPO DE CEGUERA:

☐ Ceguera Parcial

☐ Ceguera Total o Completa

☐

TIEMPO DE DISCAPACIDAD:

Anexo 2: Escala de Clima Social en Familia (Fes) Der.H. Moss

Nº	INTERROGANTES	V	F
1.	En mi hogar nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.		
2.	Los miembros de la familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos.		
3.	En nuestra familia peleamos mucho.		
4.	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5.	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.		
6.	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.		
7.	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.		
8.	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.		
9.	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.		
10.	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.		
11.	Muchas veces de la impresión de que en casos solo estamos "pasando el rato".		
12.	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.		
13.	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.		
14.	En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno.		
15.	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.		
16.	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)		
17.	Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.		
18.	En mi casa no rezamos en familia.		
19.	En mi casa somos muy ordenados y limpios		
20.	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.		
21.	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.		
22.	En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos.		
23.	En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.		
24.	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.		
25.	Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.		
26.	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.		
27.	Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.		
28.	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, etc.		
29.	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.		
30.	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.		
31.	En mi familia estamos fuertemente unidos.		
32.	En mi casa comentamos nuestros problemas personales.		
33.	Los miembros de la familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.		
34.	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.		
35.	Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor".		
36.	Nos interesan poco las actividades culturales.		
37.	Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.		
38.	No creemos en el cielo o en el infierno.		
39.	En mi familia la puntualidad es muy importante.		
40.	En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.		
41.	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.		
42.	En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		
43.	Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
44.	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.		

45.	Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.		
46.	En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.		
47.	En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.		
48.	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.		
49.	En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.		
50.	En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.		
51.	Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.		
52.	En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.		
53.	En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.		
54.	Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en su misma cuando surge un problema.		
55.	En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.		
56.	Algunos de nosotros tocan algún instrumento musical.		
57.	Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.		
58.	Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.		
59.	En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.		
60.	En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.		
61.	En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
62.	En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.		
63.	Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		
64.	Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos,		
65.	En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.		
66.	Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.		
67.	Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.		
68.	En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.		
69.	En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.		
70.	En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.		
71.	Realmente nos llevamos bien unos a otros.		
72.	Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.		
73.	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos a otros.		
74.	En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.		
75.	"Primero es el trabajo, luego la diversión" es una norma en mi familia.		
76.	En mi casa ver la televisión es más importante que leer.		
77.	Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.		
78.	En mi casa, leer la biblia es algo importante.		
79.	En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.		
80.	En mi casa las normas son muy rígidas y "tienen" que cumplirse.		
81.	En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
82.	En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo.		
83.	En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
84.	En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.		
85.	En mi casa hacemos comparación sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.		
86.	A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
87.	Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.		
88.	En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		
89.	En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.		
90.	En mi familia, uno puede salirse con la suya.		

Anexo 3: Escala Calidad de Vida de Olson y Barnes

Que tan satisfecho estas con:		ESCALA DE RESPUESTAS				
		1 INSATISFECHO	2 UN POCO SATISFECHO	3 MAS O MENOS SATISFECHO	4 BASTANTE SATISFECHO	5 COMPLETAMENTE SATISFECHO
HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO						
1.	Tus actuales condiciones de vivienda					
2.	Tus responsabilidades en la casa					
3.	La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas					
4.	La capacidad de tu familia para darte lujos					
5.	La cantidad de dinero que tienes para gastar					
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD						
6.	Tus amigos					
7.	Las facilidades para hacer compras en tu comunidad					
8.	La seguridad en tu comunidad					
9.	Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.)					
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA						
10.	Tu familia					
11.	Tus hermanos					
12.	El número de hijos en tu familia					
13.	Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
EDUCACION Y OCIO						
14.	Tu actual situación escolar o laboral					
15.	El tiempo libre que tienes					
16.	La forma como usas tu tiempo libre					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN						
17.	La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo tv					
18.	Calidad de los programas de tv					
19.	Calidad del cine					
20.	La calidad de programas de radio o internet					
RELIGION						
21.	La vida religiosa de tu familia					
22.	La vida religiosa de tu comunidad					
SALUD						
23.	Tu propia salud					
24.	La salud de otros miembros de la familia					